



Rio Metro Regional Transit District—Sandoval County

Solicitud de Servicios para Dial-a-Ride para los

Individuos con Discapacidades de 18—59 Años

Esta parte de la solicitud (páginas 1 y 2) debe ser completada por el

Aplicante o sus Asistente de Cuidado Personal

Los servicios de autobús de Rio Metro Regional Transit District “Dial-a-Ride” está disponible para los residentes de Corrales y Río Rancho, Nuevo México que son Personas con Discapacidades de 18—59 Años. Responda a todas las preguntas.

El Aplicante es un residente de (elige uno): ☐ Corrales o ☐ Río Rancho

Información sobre el Aplicante

Nombre: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Dirección de residencia: _____

Ciudad Estado Código Postal

Número de apartamento, edificio, o unidad: _____ Código de puerta: _____

Número de teléfono principal: (____) _____ Número de teléfono secundario: (____) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Usa el formato de Mes/Día/Año, como 03/04/1951)

Contacto de Emergencia

Nombre: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Relación del Aplicante: _____ Número de teléfono principal: (____) _____

¿Esta persona está autorizada para programar viajes en nombre del Aplicante? ☐ Sí o ☐ No

Movilidad

¿El Aplicante necesito un elevador para sillas de ruedas para subir a un autobús?

☐ Sí o ☐ No

(Continúa en la siguiente página)



¿El Apicante tiene convulsiones? ☐ Sí o ☐ No

Si la respuesta es sí:

¿Qué tipo?: _____

¿Qué tan frecuentes son las convulsiones? _____

¿Utiliza el aplicante algún de las siguientes ayudas para la movilidad o equipo especializado?

Marque todo lo que corresponda:

- | | |
|--|--|
| ☐ Bastón | ☐ Scooter eléctrico |
| ☐ Bastón blanco | ☐ Asistente de Cuidado Personal |
| ☐ Aparatos ortopédicos de las piernas | ☐ Animal de servicio |
| ☐ Muletas | ☐ Tablero con ayuda visual (Picture board) |
| ☐ Caminador | ☐ Tablero de comunicación |
| ☐ Silla de ruedas manual | ☐ Oxígeno portátil |
| ☐ Silla de ruedas eléctrica | ☐ Otro tipo de ayuda (describa, por favor): _____ |

Firma de la Apicante

Al completar y enviar esta solicitud, entiendo que:

- ☐ La falsificación de la información puede resultar en la denegación de servicios.
- ☐ Puede ser necesario contactar a un profesional que esté familiarizado con mis capacidades funcionales para utilizar los servicios de Rio Metro Bus.
- ☐ Rio Metro se reserva el derecho de negar el servicio a aquellos pasajeros que no sigan las políticas de cantidad de usuarios, o que se pongan en riesgo a sí mismos o a otros pasajeros.

Al firmar abajo, certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma de la aplicante

Fecha

Envíe la solicitud completa (páginas 1 a 4) a:

Rio Metro RTD de Sandoval County
1804 Idalia Road NE
Rio Rancho, NM 87124

¿Puede el Apicante dar la dirección y el número de teléfono si se lo solicitan? ☐ Sí o ☐ No

¿Puede el Apicante reconocer un destino o punto de referencia? ☐ Sí o ☐ No

¿El Apicante es capaz de hacer frente a situaciones inesperadas o cambios inesperados en la rutina? ☐ Sí o ☐ No

En caso afirmativo, describa _____

¿Puede el Apicante pedir, comprender y seguir instrucciones? ☐ Sí o ☐ No

¿Puede el Apicante viajar solo a través de instalaciones concurridas y/o complejas?

☐ Sí o ☐ No

Por favor describa cualquier información adicional necesaria para ayudar a este Apicante:

Información sobre el Profesional de Atención Médica del Apicante

Nombre: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Título: _____ Número de licencia profesional: _____

Nombre de la agencia/empresa: _____

Dirección de la agencia: _____

Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono de la oficina: (____) _____

Mi área profesional de especialización es:

- | | |
|--|--|
| ☐ Audiólogo | ☐ Optometrista |
| ☐ Enfermero | ☐ Podólogo |
| ☐ Fisioterapeuta | ☐ Psicólogo |
| ☐ Médico | ☐ Terapeuta ocupacional |
| ☐ Otra (describa, por favor): _____ | |

Basado en mi conocimiento profesional del Apicante, certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma de la Profesional de Atención Médica

Fecha