



Si no puede viajar en el servicio de autobús de ruta fija de la Rhode Island Public Transit Authority (RIPTA, Autoridad de Transporte Público de Rhode Island) debido a una discapacidad, es posible que sea elegible para utilizar el programa RIde, un servicio de autobús de transporte público para personas discapacitadas. Esto le permite programar los viajes en autobús específicos que necesite en lugar de seguir el itinerario de una ruta de autobús fija, y también le permite compartir el viaje en autobús con otras personas que se dirigen a un destino similar en un horario similar.

¿Cómo sé si soy elegible y cómo puedo solicitar el servicio?

1.º paso: Lea la página uno (1) en su totalidad para asegurarse de que es elegible para solicitar los servicios de autobús de transporte público para personas discapacitadas de RIde y lea las instrucciones sobre cómo completar el proceso de solicitud.

2.º paso: Lea la página dos (2) en su totalidad y asegúrese de completar todos los pasos descritos en la lista de verificación. RIde solo aceptará las solicitudes que se completen en su totalidad.

Una vez que recibamos la solicitud completa, le notificaremos dentro de los 21 días hábiles. Le agradecemos su paciencia y esperamos que disfrute de su viaje.

¿Tiene preguntas acerca de cómo completar la solicitud?

Envíe sus preguntas a RIde por correo electrónico a RIDE@RIPTA.com, o llame a RIde de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m. al 401-461-9760, opción n.º 3.



¿Qué es el transporte público para personas con discapacidades?

El programa RIdE brinda transporte público para las personas con discapacidades que no pueden usar los autobuses de ruta fija de la RIPTA. Si es elegible, podrá hacer lo siguiente:

- Reservar los viajes que necesita en lugar de seguir un itinerario de autobús fijo.
- Compartir el viaje en autobús con otras personas que reservaron el mismo viaje.

¿Cómo se determina la elegibilidad?

NO tomamos la decisión automáticamente sobre la base de síntomas, tipo de discapacidad, uso de un dispositivo para la movilidad, edad, ingresos, capacidad de conducir o acceso a transporte privado en automóvil. Tenemos en cuenta lo siguiente:

- Su habilidad funcional.
- Si nunca puede viajar en un servicio de ruta fija de la RIPTA o a veces debido a su discapacidad.
- Su esfuerzo y riesgo durante los viajes.

¿Cuándo puedo utilizar el programa RIdE?

ANTES de que pueda usar los servicios de RIdE, debemos determinar su elegibilidad. No puede utilizar los servicios de RIdE durante el proceso de solicitud.

Haremos lo posible por tomar una decisión dentro de los 21 días de haber recibido su **SOLICITUD COMPLETA EN SU TOTALIDAD**. Si necesitamos más de 21 días, le notificaremos y le daremos un permiso temporario para utilizar el programa RIdE.

¿Qué más debo saber?

Debemos recibir la **SOLICITUD COMPLETA EN SU TOTALIDAD** para poder procesarla. Utilice la lista de verificación de la parte 1 para asegurarse de que completó de manera adecuada la solicitud.

NO PERMITA QUE UN CONSULTORIO MÉDICO NOS ENVÍE SECCIONES POR FAX. YA NO ACEPTAMOS SOLICITUDES POR FAX.

El proceso de solicitud tiene las siguientes características:

- Es necesario para evaluar su elegibilidad.
- No garantiza que se lo considere elegible.
- Puede incluir una entrevista o evaluación funcional.

Las siguientes personas pueden completar la solicitud en su nombre: padre o madre, apoderado, tutor legal o representante personal.

Una vez que completemos el proceso, enviaremos una carta en la que confirmaremos o rechazaremos su solicitud de certificación. Si cree que la decisión es incorrecta, puede apelar dentro de los 60 días. Para hacerlo, comuníquese con Mark Therrien, director ejecutivo de Servicios de Transporte Público para Personas Discapacitadas a la dirección que se indica más abajo.

NOTA IMPORTANTE SOBRE LA PARTE 5

- Esta parte debe ser completada por un proveedor de atención médica certificado a quien usted autorice para divulgar su información de salud personal.
- Se mantendrá la confidencialidad de su información y esta no se compartirá con ninguna persona que se encuentre fuera del proceso de elegibilidad del programa RIdE ni se divulgará a otra parte sin su autorización por escrito en la medida en que lo permita la ley.
- Si usted u otra persona no calificada completan la información, esto invalida su solicitud y puede constituir fraude.
- Si salta alguna parte, no podremos determinar su elegibilidad.
- No permita que un consultorio médico envíe copias o documentos por separado a RIdE.

¿Cómo presento mi solicitud?

Envíe la solicitud completa en su totalidad a RIdE Paratransit Eligibility (Elegibilidad para el transporte público para personas discapacitadas de RIdE) por uno de los siguientes medios:

Correo postal de los EE. UU.	Correo electrónico	En persona
705 Elmwood Avenue Providence, RI 02907	RIDE@RIPTA.com	Entrada principal 705 Elmwood Avenue Providence, RI 02907



Solicitud de certificación de elegibilidad para recibir servicios de transporte público para personas discapacitadas

Parte 1: LISTA DE VERIFICACIÓN

Luego de completar cada paso, marque la casilla y escriba sus iniciales.

<p>1. Confirmar si vivo en el área de servicio Llamé al 401-461-9760, opción n.º 3, para saber si mi dirección se encontraba dentro o fuera del área de servicio de RIdE. Comprendo que, si soy elegible para recibir servicios de transporte público para personas discapacitadas, pero vivo fuera del área de servicio, necesitaré otro medio para llegar a los puntos de ascenso dentro del área de servicio, mis viajes deben ser dentro del área de servicio, y necesitaré otro medio para trasladarme desde el punto de descenso de RIdE a mi destino final.</p>	<input type="checkbox"/> <p style="text-align: right;">Iniciales</p> <input type="checkbox"/> Dentro del área de servicio <input type="checkbox"/> Fuera del área de servicio
<p>2. Brindar mi información personal y completar la autoevaluación, páginas 3 a 6</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindé mi información de contacto actual. • Respondí todas las preguntas sobre mi capacidad o incapacidad para usar los autobuses regulares de la RITPA ("autobuses de ruta fija"). 	<input type="checkbox"/> <p style="text-align: right;">Iniciales</p>
<p>3. Autorizar la divulgación de mi información de salud personal, página 7 Brindé la información de contacto de mi proveedor de atención médica autorizado y firmé la autorización.</p>	<input type="checkbox"/> <p style="text-align: right;">Iniciales</p>
<p>4. Solicitar a mi proveedor de atención médica autorizado que complete la evaluación y brinde el material. Páginas 8 a 9</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mi proveedor de atención médica autorizado completó la evaluación y me devolvió todas las páginas. • Mi proveedor de atención médica autorizado me entregó al menos uno de los materiales de respaldo requeridos, que adjunto a mi solicitud. 	<input type="checkbox"/> <p style="text-align: right;">Iniciales</p>
<p>5. Foto reciente de mí mismo Enviar una foto puede acelerar la creación de una identificación con fotografía, si se certifica que es elegible. Si envía la foto por correo electrónico, escriba su nombre completo en el asunto.</p> <p><input type="checkbox"/> Adjunté mi fotografía a la solicitud con un clip.</p> <p><input type="checkbox"/> Envié mi fotografía por correo electrónico a RIDE@RIPTA.com (nombre completo en el asunto).</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero presentarme en la oficina de RIdE para que me tomen una fotografía.</p>	<input type="checkbox"/> <p style="text-align: right;">Iniciales</p>
<p>6. Revisar la solicitud, páginas 3 a 9</p> <ul style="list-style-type: none"> • Me aseguré de que todas las preguntas hayan sido respondidas y que todas las partes que necesitan una firma hayan sido firmadas por la persona correcta. • Adjunté el material de mi proveedor de atención médica certificado autorizado. 	<input type="checkbox"/> <p style="text-align: right;">Iniciales</p>
<p>7. Hacer una copia para mis registros de las páginas 1 a 9 Hice una copia de mi solicitud completa para mis registros.</p>	<input type="checkbox"/> <p style="text-align: right;">Iniciales</p>

Comprendo que esta solicitud es parte del proceso para determinar la elegibilidad para recibir el servicio de transporte público para personas discapacitadas de la Americans with Disabilities Act (ADA, Ley sobre estadounidenses con discapacidades), y que brindar información falsa puede provocar sanciones. Afirmo que la información en esta solicitud es verdadera según mi leal saber y entender. Comprendo que RIdE procesará mi solicitud en el orden de la fecha recibida y que mi solicitud debe estar completa, o me la devolverán.

Nombre del solicitante o del representante personal

Firma del solicitante o del representante personal

Fecha

Número de teléfono del solicitante o del representante personal

Dirección del solicitante o del representante personal

El siguiente representante firmó en mi nombre:

- Padre o madre (si el solicitante es menor de edad)
 Apoderado
 Tutor legal
 Como solicitante, firmo en mi propio nombre



Solicitud de certificación de elegibilidad para recibir servicios de transporte público para personas discapacitadas

Parte 2: IDENTIFICACIÓN

Fecha:

¿Es una recertificación? Sí No

Si la respuesta es "Sí", escriba la fecha de vencimiento y el n.º de id. de RIdE.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Fecha de vencimiento

N.º de id. de acceso

Nombre: _____

Números de teléfono: _____

N.º de teléfono del hogar

N.º de teléfono móvil

Mi número de teléfono de preferencia es: Hogar Móvil No tengo preferencia

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Apto./Unidad: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Ciudad

Estado

Código postal

Brinde información sobre la persona con quien debemos comunicarnos en caso de una emergencia.

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación con el solicitante: _____

Números de teléfono: _____

1. ¿En qué formato le gustaría recibir información de RIdE?

Fuente grande Cinta de audio Correo electrónico Braille Otro:

2. ¿A quién debemos enviar información en el futuro? A mí, el solicitante A la persona designada que se menciona a continuación

Nombre de la persona designada para recibir información: _____

Dirección de la persona designada para recibir información: _____

Correo electrónico de la persona designada para recibir información: _____



Solicitud de certificación de elegibilidad para recibir servicios de transporte público para personas discapacitadas

Parte 3: AUTOEVALUACIÓN

El uso del servicio de ruta fija (autobuses regulares de la RIPTA) no lo excluye automáticamente de la elegibilidad para usar el transporte público para personas discapacitadas.

1. Me diagnosticaron las siguientes discapacidades:

NO enumere síntomas ni dispositivos para la movilidad. Enumere los nombres de las discapacidades que le diagnosticaron.

2. Nunca puedo usar los autobuses regulares de la RIPTA sin la ayuda de otra persona o solo algunas veces por el siguiente motivo:

3. Mi afección:

(marque todas las opciones que correspondan)

- Es constante Cambia todos los días Cambia en diferentes momentos del día Está en remisión
 No corresponde

4. Soy **CAPAZ** de realizar esta actividad siempre o a veces:

(marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ir a la parada de autobús de la RIPTA | <input type="checkbox"/> Firmar con mi nombre |
| <input type="checkbox"/> Esperar solo en la parada de autobús de la RIPTA o en la acera | <input type="checkbox"/> Usar un teléfono para pedir asistencia |
| <input type="checkbox"/> Ascender al autobús de la RIPTA | <input type="checkbox"/> Dar direcciones cuando me lo soliciten |
| <input type="checkbox"/> Viajar solo desde un punto de descenso hasta mi destino | <input type="checkbox"/> Dar números de teléfono cuando me lo soliciten |
| <input type="checkbox"/> Transferirme de un autobús de la RIPTA a otro | <input type="checkbox"/> Viajar solo como pasajero |
| <input type="checkbox"/> Viajar en el autobús de la RIPTA | <input type="checkbox"/> Contar dinero para pagar una compra |
| <input type="checkbox"/> Descender del autobús de la RIPTA | <input type="checkbox"/> Insertar billetes, monedas o tarjetas en una máquina |
| <input type="checkbox"/> Sortear el sistema de autobuses de la RIPTA | <input type="checkbox"/> Reconocer un destino o un punto de referencia |
| <input type="checkbox"/> Sortear el Transit Center (Centro de transporte público) de la RIPTA | <input type="checkbox"/> Pedir y seguir instrucciones orales |
| <input type="checkbox"/> Orientarme (visualmente/cognitivamente) | <input type="checkbox"/> Pedir y seguir instrucciones escritas |
| | <input type="checkbox"/> Ninguna de estas opciones se aplica a mí |



5. Utilizo los siguientes dispositivos para la movilidad a veces o siempre: (marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada o <i>scooter</i> |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> No corresponde |
| <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Otro: |

a) Si marcó "Silla de ruedas o *scooter*", brinde los detalles a continuación. De lo contrario, marque "No corresponde".

No corresponde

Peso combinado del solicitante y la silla de ruedas/el scooter

Únicamente para fines de información de RIde. No se utilizará para determinar la elegibilidad.

RIde transportará un peso combinado entre pasajero y silla de ruedas de 800 libras, pero no una combinación que exceda las 800 libras. De conformidad con los reglamentos de la Federal Transit Administration (Administración Federal de Transporte), el operador puede negar el transporte si llevar la silla de ruedas y a su ocupante no cumpliera con los requisitos de seguridad legítimos.

6. Soy **CAPAZ** de sortear las siguientes situaciones a veces o siempre: (marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Caminos sin pavimentar | <input type="checkbox"/> Nieve en la acera o la calle |
| <input type="checkbox"/> Lugares sin rampas | <input type="checkbox"/> Calles o intersecciones transitadas |
| <input type="checkbox"/> Aceras o calles inclinadas | <input type="checkbox"/> Ninguna de estas opciones se aplica a mí |
| <input type="checkbox"/> Paradas de autobús de la RIPTA | |

7. Uso los siguientes medios de transporte regularmente: (marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No utilizo otros medios de transporte regularmente | <input type="checkbox"/> Vehículo personal (automóvil) |
| <input type="checkbox"/> Ambulancia | <input type="checkbox"/> Caminar (con o sin un dispositivo de movilidad) |
| <input type="checkbox"/> Aventón de un amigo o familiar | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas o scooter |
| <input type="checkbox"/> Viaje patrocinado por un organismo: | <input type="checkbox"/> Otro: |

Únicamente para fines de información de RIde. No se utilizará para determinar la elegibilidad.



Solicitud de certificación de elegibilidad para recibir servicios de transporte público para personas discapacitadas

8. Puedo recorrer estas distancias por cuenta propia en clima **MODERADO**:
(marque todas las opciones que correspondan)

	Caminando SIN un dispositivo de movilidad	Caminando con un dispositivo de movilidad	Usando una silla de ruedas manual	No puedo hacerlo
Desde/hasta la parada del autobús más cercana a mi residencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Únicamente hasta la acera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 cuadra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 cuadras (1/4 de milla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 cuadras (1/2 milla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 cuadras (3/4 de milla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Las siguientes condiciones meteorológicas afectarán mis respuestas a la pregunta n.º 8:
(marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No corresponde | <input type="checkbox"/> Hielo |
| <input type="checkbox"/> Acumulación de más de dos pulgadas de nieve | <input type="checkbox"/> Temperaturas superiores a 80° F |
| <input type="checkbox"/> Más de ½ pulgada de lluvia por hora | <input type="checkbox"/> Temperaturas inferiores a 30° F |
| <input type="checkbox"/> Vientos sostenidos de más de 25 millas por hora | <input type="checkbox"/> Otro: |

10. Puedo desplazarme esta distancia de manera razonable en condiciones óptimas en un área accesible por cuenta propia:

Distancia en pies, cuadras o millas

11. Mi habilidad para cruzar la calle es la siguiente:
(marque todas las opciones que correspondan)

	Sí, con ayuda	Sí, por cuenta propia	A veces por cuenta propia	No	Otra:
Puedo cruzar una calle de dos carriles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Puedo cruzar una autopista de 4 carriles con semáforos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>

12. Utilizo la siguiente ayuda siempre o a veces:

- Auxiliar de cuidado personal designado para ayudarme regularmente con una actividad cotidiana o más
- Animal de servicio capacitado para ayudarme
- No corresponde



Parte 4: AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Escriba el nombre del solicitante y la fecha de nacimiento en imprenta aquí

Autorizo a los proveedores mencionados en la presente, a sus directivos, empleados, agentes, contratistas, miembros, directores, accionistas o afiliados a quienes se les confía la manipulación de registros médicos a que divulguen a RIDE toda la información de salud protegida relacionada conmigo que sea necesaria de manera razonable para que el proveedor complete en su totalidad y de manera precisa la parte 5 de esta solicitud.

-1- Nombre del proveedor: _____

Dirección del consultorio o la instalación: _____

Teléfono del consultorio: _____

-2- Nombre del proveedor: _____

Dirección del consultorio o la instalación: _____

Teléfono del consultorio: _____

-3- Nombre del proveedor: _____

Dirección del consultorio o la instalación: _____

Teléfono del consultorio: _____

Esta autorización seguirá vigente hasta que se determine mi elegibilidad para el servicio de transporte público para personas discapacitadas de RIDE o hasta 60 días a partir de la fecha de la autorización (el que ocurra primero). Reconozco que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a las personas mencionadas anteriormente. Comprendo que la revocación de esta autorización no tendrá vigencia en la medida en que el proveedor mencionado la haya utilizado para el uso o la divulgación de la información de salud protegida antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

Comprendo que cualquier tipo de información de salud protegida divulgada de conformidad con esta autorización a una persona o entidad que no esté cubierta por las leyes y los reglamentos estatales o federales sobre privacidad puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y puede ya no estar protegida por las leyes estatales o federales.

Reconozco que las personas mencionadas no supeditarán mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para recibir beneficios (si corresponde) a que yo firme esta autorización o no.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

El siguiente representante firmó en mi nombre:

- Padre o madre (si el solicitante es menor de edad) Apoderado Tutor legal
 Como solicitante, firmo en mi propio nombre



Solicitud de certificación de elegibilidad para recibir servicios de transporte público para personas discapacitadas

Parte 5: EVALUACIÓN Y VERIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

NOTA PARA LOS SOLICITANTES: ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA POR UN PROFESIONAL O PROVEEDOR DE SERVICIOS PARA DISCAPACITADOS AUTORIZADO/CERTIFICADO QUE ESTÉ CALIFICADO PARA HACER LOS DIAGNÓSTICOS Y EVALUACIONES ESPECÍFICOS. ES RESPONSABILIDAD SUYA O DE SU REPRESENTANTE ENTREGAR LA SOLICITUD AL PROVEEDOR/PROFESIONAL Y OBTENER LA SOLICITUD COMPLETA Y EL MATERIAL DE RESPALDO.

Nota para los profesionales médicos y proveedores de servicios para discapacitados:

El solicitante debe ser un paciente o cliente actual. El solicitante debe brindar autorización para que divulguen su información de salud protegida (parte 4).

El paciente/cliente solicitó una certificación de elegibilidad para utilizar el servicio de transporte público para personas discapacitadas financiado con impuestos mediante el programa RIdE. La elegibilidad para usar el servicio de transporte público para personas discapacitadas se basa en si una persona, debido a su discapacidad, no puede usar el sistema de autobuses regular (ruta fija) de la RIPTA que es accesible y cumple con la ADA.

Si no se brinda la información de esta parte, se impedirá o se demorará el procesamiento de la solicitud del paciente/cliente para la certificación de elegibilidad.

No desprenda ninguna parte de la solicitud. Devuelva la solicitud entera y el material al paciente/cliente o representante (padre/madre, tutor legal, apoderado).

No envíe copias ni material por fax a RIdE. Ya no se aceptan las solicitudes de elegibilidad por fax. Se resguardará la confidencialidad de toda la información de salud protegida.

1. Tengo licencia de lo siguiente:

(marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Doctor en medicina (MD o DO) | <input type="checkbox"/> Enfermero especializado (ARNP) |
| <input type="checkbox"/> Psicólogo (Ph. D.) | <input type="checkbox"/> Asociado médico |
| <input type="checkbox"/> Psiquiatra (MD o DO) | <input type="checkbox"/> Optometrista u oftalmólogo |
| <input type="checkbox"/> Profesional de la salud mental autorizado | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta o terapeuta ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Enfermero MDS (únicamente en establecimientos de enfermería avanzada) | <input type="checkbox"/> Especialista en orientación y movilidad certificado |
| | <input type="checkbox"/> Consejero de rehabilitación certificado |

2. Identificación de profesional autorizado (escriba en letra de imprenta y de manera legible):

Nombre: _____

N.º de licencia: _____ Estado: _____

Número de certificación o licencia estatal

Contacto: _____

Número de teléfono:

Dirección comercial

Correo electrónico

3. Identificación del paciente/cliente (escriba en letra de imprenta y de manera legible):

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____



Solicitud de certificación de elegibilidad para recibir servicios de transporte público para personas discapacitadas

4. Enumere las afecciones que impedirían al cliente/paciente ir a un lugar, volver de él, o viajar en un autobús accesible de la RIPTA equipado con una rampa y una pisadera. Se requiere un diagnóstico, pero se encuentran disponibles campos adicionales.

Diagnóstico/afección principal n.º 1 (no incluya síntomas)	Grado (marque todas las opciones que correspondan)	Estado (marque todas las opciones que correspondan)
	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Episódico <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> En remisión <input type="checkbox"/> Controlado con medicación

Diagnóstico/afección n.º 2 (no incluya síntomas)	Grado (marque todas las opciones que correspondan)	Estado (marque todas las opciones que correspondan)
	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Episódico <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> En remisión <input type="checkbox"/> Controlado con medicación

Diagnóstico/afección n.º 3 (no incluya síntomas)	Grado (marque todas las opciones que correspondan)	Estado (marque todas las opciones que correspondan)
	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Episódico <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> En remisión <input type="checkbox"/> Controlado con medicación

5. Léa la parte 3 y estoy de acuerdo con la autoevaluación del paciente/cliente.

Sí No En cierto modo

Si la respuesta es NO o EN CIERTO MODO, explique a continuación:

6. Le entrego al paciente/cliente este material para que lo presente con su solicitud según lo requiere RIDE (brinde al menos UNO de los siguientes elementos; marque todos los que brindó).

Movilidad física	Cognitivo, salud mental o neurológico	Medida sensorial
<input type="checkbox"/> Plan de atención del paciente actual <input type="checkbox"/> Plan de terapia actual (fisioterapia o terapia ocupacional)	<input type="checkbox"/> Evaluación clínica actual <input type="checkbox"/> Puntaje actual de la escala global de funcionamiento (GAF, Global Assessment of Functioning) <input type="checkbox"/> Puntaje actual de funcionamiento adaptativo <input type="checkbox"/> Coeficiente intelectual actual	<input type="checkbox"/> Agudeza visual <input type="checkbox"/> Agudeza auditiva

7. Mi firma certifica lo siguiente:

- Que tengo certificación o licencia de proveedor de servicios para discapacitados o profesional médico.
- Que el paciente/cliente se encuentra actualmente bajo mi cuidado y que estoy autorizado a divulgar su información de salud protegida en la medida relevante para esta solicitud de elegibilidad.
- Que comprendo que la información que brindo es necesaria para corroborar la solicitud de elegibilidad de un paciente/cliente para recibir servicios de transporte público para personas discapacitadas en virtud de la "Ley sobre estadounidenses con discapacidades de 1990" (ADA) y sus reglamentaciones, artículo 37.123(e), dentro de las áreas de servicio de transporte público para personas discapacitadas designadas de RIDE.
- Mis declaraciones son verdaderas y se basan en registros, diagnósticos y evaluaciones legítimos.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha