



¿QUÉ ES VIAtrans?

VIAtrans es un servicio de transporte compartido para personas con discapacidades que lo recogerá en su casa y lo llevará a su lugar de destino. Hay viajes disponibles para cualquier propósito y las reservaciones deberán hacerse con un día de anticipación por lo menos. VIAtrans usa camionetas pequeñas que operan en las mismas áreas y las mismas horas que el servicio público de autobuses. Los conductores de las camionetas ayudan a los pasajeros a subirse y bajarse del vehículo; sin embargo, no ofrecen ayuda médica ni servicio de emergencia. La tarifa actual es de \$2.00 dólares por viaje sencillo.

¿QUIÉN CALIFICA PARA USAR VIAtrans?

Edad mínima para aplicantes es 6-años. Las personas que califican para el servicio de VIAtrans, están considerablemente limitadas para hacer, por lo menos, una actividad importante de la vida. (Esta es la definición básica de “discapacidad”.) Además, esa limitación (o limitaciones) deberá ser tan significativa como para prevenir el uso independiente del servicio de autobuses de VIA para hacer algunos o todos sus viajes. Se deberá completar y autorizar una solicitud antes de que pueda proporcionarse el servicio de VIAtrans. La determinación de si usted califica no se basa en criterios como la edad, los ingresos, la residencia o si el solicitante puede manejar o no un vehículo.

CÓMO SOLICITAR EL SERVICIO

Lo primero que tiene que hacer es contestar, lo más completa y precisamente posible, las páginas 1 a 5 de la solicitud que se incluye. Un amigo o familiar puede ayudarlo. Luego, lleve el formulario a un profesional de cuidados de salud que esté familiarizado con la condición del solicitante o pídale que conteste las páginas 6 a 8. Favor de no cambiar ni agregar nada a esa información. Por último, envíe la solicitud por correo o entréguela a VIA (vea la página siguiente) para su procesamiento.

¿QUÉ OCURRE A CONTINUACIÓN?

El personal de VIA hará un proceso de revisión para ver si califica basándose en la información de la solicitud y, en ocasiones, en los resultados de una evaluación funcional que se hace en persona para considerar su capacidad de movilidad; aunque, en ciertas situaciones, no es necesario que le hagan la evaluación. Este proceso está basado en las normas y los requisitos de la ley “Americans with Disabilities Act”. Tan pronto obtengamos toda la información requerida, tomaremos una decisión en un período aproximado de 21 días para saber si usted califica. Los solicitantes que reúnen los requisitos y califican para el servicio serán autorizados, ya sea para el servicio incondicional (todos los viajes) o el servicio condicional (algunos viajes). Los términos para calificar varían de tres meses a tres años según el grado de discapacidad.

Se informará a los solicitantes por correo postal si fueron autorizados o no para recibir el servicio, y los que reciban autorización, deben ir a la oficina principal de VIA para que les den una tarjeta de identificación con fotografía y una breve orientación sobre el programa de VIAtrans. Los solicitantes que no estén conformes con la decisión de VIA porque no calificaron, tienen a su disposición un proceso de apelaciones.

--- *continúa al reverso* ---

INFORMACIÓN ADICIONAL

Para obtener detalles sobre las políticas y procedimientos de VIAtrans, por favor de mirar la *Guía del cliente sobre el servicio de VIAtrans* y ver el video *Bienvenido a VIAtrans*. Ambos materiales están a su disposición en www.viainfo.net. En caso de que tenga más preguntas, comuníquese a VIA Accessible Services Department al 210-362-2140, entre 8:30 AM y 4:30 PM, de lunes a viernes.

CÓMO ENVIAR UNA SOLICITUD A VIAtrans

- Sólo aceptamos solicitudes originales. **NO ENVIE COPIAS. NO ENVIE FAX. NO ENVIE CORREO ELECTRONICO.**
- Las páginas 6 a 8 deberán ser contestadas únicamente por un médico u otro profesional de salud.
- Envíe la solicitud a la siguiente dirección:

Accessible Services Department
VIA Metro Transit
1021 San Pedro Ave.
San Antonio, TX 78212

- Los centros médicos pueden enviar los originales escaneados por correo electrónico, a color, a access@viainfo.net
- VIA no cobra por el proceso de solicitud de VIAtrans.



SECCIÓN I

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Uso exclusivo de la oficina

CON LETRA DE MOLDE

				<input type="radio"/> M
				<input type="radio"/> F
Apellido	Primer nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	
Domicilio de la casa	Unidad	Ciudad	Estado	Código postal
Domicilio postal	Unidad	Ciudad	Estado	Código postal
Intersección de calles más cercana a su casa (ejemplo: San Pedro y Hildebrand)				Código del Portón
() —	() —			
Teléfono principal	Teléfono secundario	Correo electrónico		
<input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Otro	Ocupación		Hrs. por semana	
Preferencia de idioma		Nivel de estudios		
<input type="radio"/> Letra estándar <input type="radio"/> Letra grande <input type="radio"/> Braille <input type="radio"/> Correo electrónico <input type="radio"/> Otro	Preferencia de formato			
Dispositivos de ayuda que usa				
<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Silla de ruedas manual <input type="radio"/> Silla de ruedas eléctrica <input type="radio"/> Motoneta eléctrica <input type="radio"/> Andador <input type="radio"/> Apoyo para pierna <input type="radio"/> Apoyo para columna				
<input type="radio"/> Collarín ortopédico <input type="radio"/> "Bastón blanco" <input type="radio"/> Bastón de apoyo <input type="radio"/> Oxígeno <input type="radio"/> Animal de servicio entrenado <input type="radio"/> Dispositivo de comunicación				
<input type="radio"/> Otro: () —				
Persona de contacto en emergencias		Teléfono		Relación

REVISE LA DECLARACION QUE MEJOR DESCRIBE LAS HABILIDADES DE SOLICITANTE.

- INCAPAS DE VIAJAR EN EL AUTOBUS DE FORMA INDEPENDIENTE TODO EL TIEMPO.
- CAPAZ DE VIAJAR EN EL AUTOBUS DE FORMA INDEPENDIENTE TODO EL TIEMPO.

OFFICE USE ONLY

SECCIÓN I

Apellido del solicitante

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

CONTESTE CADA PUNTO. SI NO ES APLICABLE, ESCRIBA NA.

LAS SOLICITUDES CON RESPUESTAS EN BLANCO NO SE PROCESARAN..

	¿Puede hacer las siguientes tareas?	Encierre la respuesta con un círculo	Describa las dificultades específicas que usted tiene para hacer cada tarea. Si no tiene problemas, escriba NA (no es aplicable).
1	VER	S N	
2	ESCUCHAR	S N	
3	HABLAR	S N	
4	LEER Y ESCRIBIR	S N	
5	ENTENDER INFORMACIÓN	S N	
6	DECIR LA HORA	S N	
7	USAR EL TELÉFONO	S N	
8	PLANIFICAR Y PROGRAMAR VIAJES	S N	
9	RECORDAR INFORMACIÓN	S N	
10	CAMINAR	S N	
11	CRUZAR LA CALLE	S N	
12	ESTAR DE PIE Y ESPERAR	S N	
13	SUBIR Y BAJAR ESCALONES DE 12"	S N	
14	CONTAR Y MANEJAR DINERO	S N	
15	INTERACTUAR CON OTROS	S N	

NO ENVIE COPIAS

**CONTESTE CADA PUNTO. SI NO ES APLICABLE, ESCRIBA NA.
LAS SOLICITUDES CON RESPUESTAS EN BLANCO NO SE PROCESARAN.**

1	¿QUÉ MEDIOS DE TRANSPORTE USA ACTUALMENTE?	
2	¿CUÁNTAS VECES AL MES TOMA EL AUTOBÚS?	
3	SI RECIBE TRATAMIENTO DE DIÁLISIS, ESCRIBA EL NOMBRE DEL CENTRO Y EL NÚMERO DE TELÉFONO.	
4	SI USTED VIVE EN UNA CASA DE ANCIANOS O EN UN CENTRO ESPECIAL QUE OFRECE SERVICIOS DE AYUDA PARA LA VIDA COTIDIANA, ESCRIBA EL NOMBRE Y EL NÚMERO DE TELÉFONO.	
5	SI USTED ASISTE A UN CENTRO DE ACTIVIDADES O SERVICIOS PARA PERSONAS DE LA TERCERA EDAD, ESCRIBA EL NOMBRE Y EL NÚMERO DE TELÉFONO.	
6	¿CON QUÉ FRECUENCIA USA UNA SILLA DE RUEDAS O MOTONETA —¿SIEMPRE, ALGUNAS VECES O NUNCA?	
7	SI USTED NECESITA UN AMIGO O ASISTENTE PARA QUE LO ACOMPAÑE EN SUS VIAJES, DESCRIBA LA AYUDA QUE LE OFRECE ESTA PERSONA. FAVOR DE SER ESPECÍFICO.	
8	SI USTED VIAJA CON UN ANIMAL DE SERVICIO QUE ESTÁ ENTRENADO, MENCIONE QUÉ TIPO DE ANIMAL ES Y DESCRIBA EN QUÉ LE AYUDA.	
9	EXPLIQUE EN DETALLE DE QUÉ MANERA LE IMPIDE SU DISCAPACIDAD VIAJAR EN AUTOBÚS. FAVOR DE SER ESPECÍFICO. <u>SU RESPUESTA A ESTA PREGUNTA ES MUY IMPORTANTE.</u>	

NO ENVIE COPIAS

SECCIÓN I

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

PROPORCIONAR ESTA INFORMACIÓN ACELERARÁ EL TIEMPO DE PROCESAMIENTO.

Si usted tiene cáncer, escriba el nombre completo y la información de contacto de su oncólogo.

Nombre	
Dirección	
Teléfono	

Si usted tiene enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) o enfisema, escriba el nombre completo y la información de contacto de su neumólogo.

Nombre	
Dirección	
Teléfono	

Si usted tiene convulsiones, epilepsia, lesión cerebral traumática o algún trastorno o enfermedad neurológica, escriba el nombre completo y la información de contacto de su neurólogo.

Nombre	
Dirección	
Teléfono	

Si tiene un impedimento visual que afecta de modo adverso sus capacidades (aun con corrección), escriba el nombre completo y la información de contacto de su oftalmólogo.

Nombre	
Dirección	
Teléfono	

Si usted tiene esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno depresivo mayor u otro tipo de diagnóstico psiquiátrico, escriba el nombre completo y la información de contacto de su psiquiatra, psicólogo, consejero en salud mental o trabajador social de salud mental.

Nombre	
Dirección	
Teléfono	

NO ENVIE COPIAS

SECCIÓN I

Apellido del solicitante

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Si usted recibe tratamiento de parte de un profesional de salud que no se indicó en la página 4, tal como un médico de rehabilitación u otro especialista médico, escriba el nombre, la información de contacto y el área de especialización.

Nombre	
Dirección	
Teléfono	
Especialidad	

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Al firmar a continuación, el solicitante certifica que toda la información escrita anteriormente es correcta; reconoce que proporcionar información falsa o incompleta podría resultar en que la elegibilidad sea negada o cancelada; autoriza a VIA Metropolitan Transit a obtener la información que considere necesaria de parte de individuos cuyos nombres sean proporcionados por el solicitante o un representante del solicitante; y, además, reconoce que toda la información se mantendrá de manera confidencial y se usará únicamente en casos de determinación de elegibilidad. (Si el solicitante es menor de 18 años de edad, entonces su padre, tutor o representante que tenga el derecho legal de autorizar la divulgación de información, también deberá firmar, expresando así su aceptación y acuerdo con los términos y condiciones expuestas). Si faltan las firmas apropiadas, no se procesarán las solicitudes. Antes de firmar, examine todas las respuestas de las páginas anteriores sin dejar puntos en blanco y, donde se le indicó, asegúrese de haber puesto *NA* en todos los puntos que no sean aplicables a su caso. No escriba nada a partir de esta página. Deje las páginas 6, 7 y 8 en blanco para que sean contestadas por su profesional médico.

NO ENVIE COPIAS

NO SE PROCESARÁN SOLICITUDES CON RESPUESTAS INCOMPLETAS O FALTANTES.



Firma del solicitante

Firma del padre o tutor (si el solicitante es menor de 18 años de edad)

Fecha

Si una persona, que no sea el solicitante, contestó alguna parte de la Sección I, pídale a esa persona que firme a continuación y escriba la información requerida.

Nombre con letra de molde

Firma

Relación

Domicilio de la casa / Unidad / Ciudad / Estado / Código postal

Fecha



NO ESCRIBA NADA A PARTIR DE ESTA PÁGINA
LLEVE LA SOLICITUD A SU PROFESIONAL DE CUIDADOS MÉDICOS



SECTION II

TO BE COMPLETED BY A DOCTOR OR SPECIALIST PROVIDING TREATMENT

SOLICITANTE: NO ESCRIBA NADA EN ESTA PÁGINA

Medical Professional: Please do not complete any part of this application if pages 6, 7, or 8 have entries when delivered to your office. If corrections are required, please initial and enter explanations as needed. Heavily edited applications will not be processed. Please leave no items blank and enter **NA** if not applicable or **DK** if you do not know the requested information. Thank you in advance for your input.

1	Approximately how long has the applicant been your patient?	
2	What is the primary reason the applicant cannot use the public bus system?	
3	List assistive devices <i>required</i> for mobility.	
4	What is the applicant's height and weight.?	
5	If visually impaired, what are the applicant's (corrected) visual acuities (Snellen)?	R L
6	If visually impaired, what are the applicant's field restrictions?	R L
7	If pending surgery, enter type, approximate date, and estimated recovery time.	

NO ENVIE COPIAS

HEALTH RISKS DURING FUNCTIONAL ASSESSMENT

The applicant may be asked to participate in a functional assessment, during which assistive devices may be used and rest breaks taken as desired. For each task below, please indicate if participation poses a likely health risk. If a task is unsafe, briefly describe the potential risk. If the task does not apply to the applicant, enter **NA**.

	TASK	SAFE	UNSAFE	HEALTH / SAFETY RISK
A	<i>Ascending and descending one 12-inch step with handrails</i>			
B	<i>Walking 2,640 feet on various terrains in various weather conditions</i>			
C	<i>If using a wheelchair or scooter, traveling without assistance on various terrains in various weather conditions</i>			

SECTION II

Applicant's Last Name

TO BE COMPLETED BY DOCTOR / SPECIALIST

SOLICITANTE: NO ESCRIBA NADA EN ESTA PÁGINA

FOR EACH ABILITY BELOW , INDICATE THE DEGREE OF LIMITATION RESULTING FROM THE APPLICANT'S DISABILITY.

	ABILITIES	NO LIMITATION	SLIGHT LIMITATION	MODERATE LIMITATION	SEVERE LIMITATION	DO NOT KNOW	NOTES
1	Walking						
2	Standing						
3	Stepping Up & Down						
4	Communicating						
5	Remembering						
6	Planning						
7	Interacting with Others						
8	OTHER:						

NO ENVIE COPIAS

ENTER ICD-10 CODES FOR EACH DX THAT ADDRESSES THE APPLICANT'S PHYSICAL OR MENTAL DISABILITY.

IF A DIAGNOSIS IS TEMPORARY, ENTER THE ESTIMATED NUMBER OF MONTHS UNTIL RECOVERY.

ICD-10 CODES	MOS. TIL RECOVERY	ICD-10 CODES	MOS. TIL RECOVERY	ICD-10 CODES	MOS. TIL RECOVERY

COMMENTS

SECTION II

Applicant's Last Name

TO BE COMPLETED BY DOCTOR / SPECIALIST

SOLICITANTE: NO ESCRIBA NADA EN ESTA PÁGINA

Please cite any further medical, cognitive, or behavioral considerations that may impact the applicant's ability to use the public bus system.

PRINT

Medical Professional's Name

Title

License Number

Facility / Organization Name

Specialty #1

Specialty #2

Address / Unit. No.

City

State

ZIP

Telephone

FAX

Email (optional)

I certify the information I provided is accurate to the best of my knowledge and that no entries were made in the medical section prior to receiving the application. I understand that the information will be used for the sole purpose of determining the applicant's eligibility for paratransit service. I agree that VIA may contact me for clarification or additional information as needed.

Medical Professional's Signature

Date

RETURN TO:

ACCESSIBLE SERVICES
VIA METRO CENTER
1021 SAN PEDRO AVENUE
SAN ANTONIO, TX 78212

**SUBMIT ORIGINALS
DO NOT SUBMIT COPIES
DO NOT EMAIL
DO NOT FAX**