



## PREGUNTAS Y RESPUESTAS

### ¿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 aplicar 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 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 4 de la solicitud que se incluye. Un amigo o familiar puede ayudarle. Luego, lleve la solicitud a un profesional de cuidados de salud que esté familiarizado con la condición del solicitante o pídale que conteste las páginas 5, 6 y 7. 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. **NO ENVIE COPIAS. NO ENVIE FAX. NO ENVIE CORREO ELECTRONICO.**

### ¿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 les 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.

## **INFORMACIÓN ADICIONAL**

Para obtener detalles sobre las políticas y procedimientos de VIAtrans, por favor de repasar el 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](http://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.
- Las páginas 5, 6, y 7 deberán ser contestadas únicamente por un médico u otro profesional de salud.
- Los centros médicos pueden enviar los originales escaneados por correo electrónico, a color, a [access@viainfo.net](mailto:access@viainfo.net)
- VIA no cobra por el proceso de solicitud de VIAtrans
- Envíe la solicitud a la siguiente dirección:

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





# SOLICITUD DE SERVICIO

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

## SECCIÓN I: PARTE A- INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

- Solicitud Nueva
- Recertificación

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Hombre  Mujer

Domicilio de casa: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_

Domicilio postal: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_

Nombre del departamento: \_\_\_\_\_ Código de Portón: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Preferencia de idioma:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Formato de preferencia de comunicación:  Letra Estándar  Letra Grande  Braille  
 Correo Electrónico  Otro: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 1: PARTE B- PERSONAS DE CONTACTO

Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Otro Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencias: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 1: PARTE C- INFORMACIÓN SOBRE SU DISCAPACIDAD

¿Cuál es la discapacidad o condición principal que le IMPIDE utilizar el servicio de autobús VIA? Sea específico al describir cómo la discapacidad le impide usar el servicio de autobús VIA.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene otras discapacidades o condiciones de salud física o mental que LIMITAN su capacidad para usar los servicios de autobús de VIA? Si  No  En caso afirmativo, explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Los efectos de su discapacidad o condición varían de un día a otro? Si  No

En caso afirmativo, explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Varían los efectos debido a la temperatura? Caliente  Frio

¿Varían los efectos debido a la hora del día? Día  Noche

Su discapacidad o condición es: Permanente  Temporal  Si es temporal, por cuánto tiempo?

Meses: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Si temporal, explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SECCIÓN 1: PARTE D- LISTA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES**

<input type="checkbox"/> Amputación	<input type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> Obesidad
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Sordo o con dificultades auditivas	<input type="checkbox"/> Parálisis
<input type="checkbox"/> Problemas de Equilibrio	<input type="checkbox"/> Requiere Diálisis	<input type="checkbox"/> Psicosis
<input type="checkbox"/> Seguera o Baja Visión	<input type="checkbox"/> Frágil	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Daño Cerebral	<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/> Debilidad
<input type="checkbox"/> Condición de Respiración	<input type="checkbox"/> No Verbal	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Discapacidad Congitiva	<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Otro:

**SECCIÓN 1: PARTE E- DISPOSITIVOS DE AYUDA NO REQUERIDO**

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Dispositivo Protésico	<input type="checkbox"/> Oxígeno Portátil
<input type="checkbox"/> Bastón de Apoyo	<input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Manual	<input type="checkbox"/> Respirador
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Eléctrica	<input type="checkbox"/> Andador con Ruedas
<input type="checkbox"/> Muletas	<input type="checkbox"/> Scooter Eléctrico	<input type="checkbox"/> Tablero del Alfabeto
<input type="checkbox"/> Bastón Blanco	<input type="checkbox"/> Animal de Servicio	<input type="checkbox"/> Otro:

**SECCIÓN 1: PARTE F- HABILIDADES PARA VIAJAR EN EL SERVICIO DE AUTOBUS REGULAR**

<b>PUEDA HACER LO SIGIENTE?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>A VECES</b>	<b>Describa los problemas que ha tenido al hacer cada tarea o ponga "NA" si no tiene dificultades.</b>
Ver	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> A VECES	
Oír	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> A VECES	
Hablar	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> A VECES	

<b>SECCIÓN 1: PARTE F- CONTINUACIÓN</b>				
<b>Puede hacer lo siguiente?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>A VECES</b>	<b>Describa los problemas que ha tenido al hacer cada tarea o ponga "NA" si no tiene dificultades.</b>
Leer	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> A VECES	
Comprender Información	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> A VECES	
Decir la Hora	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> A VECES	
Usar el Teléfono	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> A VECES	
Planificar y Programar Viajes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> A VECES	
Recordar Información	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> A VECES	
Caminar	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> A VECES	
Cruzar las Calles	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> A VECES	
Parar y Esperar	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> A VECES	
Subir/Bajar un escalón de 12 pulgadas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> A VECES	
Contar y manejar dinero	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> A VECES	
Interactuar con otros	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> A VECES	

<b>SECCIÓN 1: PARTE G- INFORMACIÓN SOBRE SU USO DEL SERVICIO DE AUTOBUS NO REQUERIDO</b>	
¿Utiliza el servicio regular de autobuses VIA? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, cuantas veces al mes?	
¿No, por qué no ha utilizado el servicio regular de autobuses? Marque todo lo que corresponda:	
<input type="checkbox"/> Nunca he viajado en servicio de autobuses VIA	<input type="checkbox"/> Tengo dificultad en reconocer las paradas
<input type="checkbox"/> Tengo dificultad en llegar a una parada de autobús	<input type="checkbox"/> Necesito que alguien me muestre como
<input type="checkbox"/> Tengo dificultad en subir y bajar del autobús	<input type="checkbox"/> No hay parada de autobús cerca de mi casa
<input type="checkbox"/> Necesito asistente de cuidados personales	<input type="checkbox"/> Otro: _____
¿Que otro medio de transporte utiliza?	

<b>SECCIÓN 1: PARTE H- MEDICOS PROFESIONALES NO REQUERIDO</b>		
Si usted tiene <b>cáncer</b> , escriba el nombre completo y la información de contacto de su oncólogo.		
Nombre: _____	Domicilio: _____	Teléfono: _____
Si usted tiene enfermedad <b>pulmonar obstructive crónica (COPD)</b> o <b>enfisema</b> , escriba el nombre completo y la información de contacto de su neumólogo.		
Nombre: _____	Domicilio: _____	Teléfono: _____
Si usted tiene <b>convulsiones, epilepsia, lesión cerebral traumática</b> o algún <b>trastorno o enfermedad neurológica</b> , escriba el nombre completo y la información de contacto de su neurólogo.		
Nombre: _____	Domicilio: _____	Teléfono: _____
Si tiene un <b>impedimento visual</b> que afecta de modo adverso sus capacidades (aun con corrección) escriba el nombre completo y la información de contacto de su oftalmólogo.		
Nombre: _____	Domicilio: _____	Teléfono: _____
Si usted tiene <b>esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno depresivo mayor</b> u otro tipo de diagnóstico psiquiátrico, escriba el nombre completo y la información de contacto de su psiquiatra, psicólogo, consejero de salud mental o trabajador social de salud mental.		
Nombre: _____	Domicilio: _____	Teléfono: _____
Si usted recibe tratamiento de parte de un profesional de salud que no se indicó anteriormente, tal como un médico de rehabilitación u otro especialista médico, escriba el nombre, la información de contacto y el área de especialización.		
Nombre: _____	Domicilio: _____	Teléfono: _____
Área de especialidad: _____		
<b>SECCIÓN 1: PARTE I- FIRMA DE AUTORIZACION</b>		
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 5, 6, 7 en blanco para que sean contestadas por su profesional médico.		
Firma del solicitante: _____	Fecha: _____	
Firma del padre o tutor: _____	Fecha: _____	
<b>Si una persona, que no sea el solicitante, contestó alguna parte de la Sección I, esa persona tiene que firmar a continuación y escriba la información requerida.</b>		
Nombre (letra molde): _____	Firma: _____	Fecha: _____
Domicilio: _____	Ciudad: _____	Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____	Relación: _____	

**SOLICITANTE NO ESCRIBA NADA EN PÁGINAS 5, 6 OR 7**  
**LLEVE ESTA PARTE DE LA SOLICITUD A SU PROFESIONAL DE CUIDADOS MEDICOS**

**SECTION II: PART A- MEDICAL CONDITION**

**TO BE COMPLETED BY A DOCTOR OR SPECIALIST PROVIDING TREATMENT**  
**APPLICANT: DO NOT MAKE ENTRIES ON THIS PAGE**

Medical professional: Please do not complete any part of this application if pages 5, 6, or 7 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/regular bus system?	
3	If #2 above is due to a CVA, TBI, FX, GSW, or other traumatic injury, enter injury type and approximate date occurred.	
4	List assistive devices required for mobility.	
5	What is the applicant's height and weight?	
6	If visually impaired, what are the applicant's (corrected) visual acuities (Snellen)?	R _____ L _____
7	If visually impaired, what are the applicant's field restrictions?	R _____ L _____
8	If pending surgery, enter type, approximate date and estimated recovery time.	

**SECTION II: PART B- HEALTH RISK DURING FUNCTIONAL ASSESSMENT**

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. If you check "UNSAFE", please explain in detail why the task is unsafe.**

	TASK	IF UNSAFE, WHY? <b><u>DO NOT LEAVE BLANK</u></b>
1	Ascending and descending one 12-inch step with handrails <b>SAFE</b> <input type="checkbox"/> <b>UNSAFE</b> <input type="checkbox"/>	
2	Walking 2,640 feet on various terrains in various weather conditions <b>SAFE</b> <input type="checkbox"/> <b>UNSAFE</b> <input type="checkbox"/>	
3	If using wheelchair or scooter, traveling without assistance on various terrain in various weather conditions <b>SAFE</b> <input type="checkbox"/> <b>UNSAFE</b> <input type="checkbox"/>	

<b>SECTION II: PART C- FUNCTIONAL ABILITIES -TO BE COMPLETED BY DOCTOR OR SPECIALIST</b>		
<b>FOR EACH ABILITY BELOW, INDICATE AND EXPLAIN IN DETAIL THE DEGREE OF LIMITATION RESULTING FROM THE APPLICANT'S DISABILITY.</b>		
	<b>ABILITIES</b>	<b>EXPLANATION OF LIMITATIONS</b>
1	Walking <input type="checkbox"/> No Limitations <input type="checkbox"/> Slight Limitations <input type="checkbox"/> Moderate Limitations <input type="checkbox"/> Severe Limitations <input type="checkbox"/> Do Not Know	
2	Standing <input type="checkbox"/> No Limitations <input type="checkbox"/> Slight Limitations <input type="checkbox"/> Moderate Limitations <input type="checkbox"/> Severe Limitations <input type="checkbox"/> Do Not Know	
3	Stepping Up & Down <input type="checkbox"/> No Limitations <input type="checkbox"/> Slight Limitations <input type="checkbox"/> Moderate Limitations <input type="checkbox"/> Severe Limitations <input type="checkbox"/> Do Not Know	
4	Communicating <input type="checkbox"/> No Limitations <input type="checkbox"/> Slight Limitations <input type="checkbox"/> Moderate Limitations <input type="checkbox"/> Severe Limitations <input type="checkbox"/> Do Not Know	
5	Remembering <input type="checkbox"/> No Limitations <input type="checkbox"/> Slight Limitations <input type="checkbox"/> Moderate Limitations <input type="checkbox"/> Severe Limitations <input type="checkbox"/> Do Not Know	
6	Planning <input type="checkbox"/> No Limitations <input type="checkbox"/> Slight Limitations <input type="checkbox"/> Moderate Limitations <input type="checkbox"/> Severe Limitations <input type="checkbox"/> Do Not Know	
7	Interacting with Others <input type="checkbox"/> No Limitations <input type="checkbox"/> Slight Limitations <input type="checkbox"/> Moderate Limitations <input type="checkbox"/> Severe Limitations <input type="checkbox"/> Do Not Know	



<p><b>IN THE SPACES BELOW ENTER ICD-10 CODES FOR EACH DIAGNOSIS THAT IDENTIFIES THE APPLICANT'S PHYSICAL OR MENTAL DISABILITY</b></p> <p><b>IF THE DIAGNOSIS IS TEMPORARY, ENTER THE ESTIMATED NUMBER OF MONTHS UNTIL RECOVERY. IF NOT TEMPORARY ENTER "NA".</b></p>		
ICD-10 CODE: _____	ICD-10 CODE: _____	ICD-10 CODE: _____
MONTHS TIL RECOVERY: _____	MONTHS TO RECOVERY: _____	MONTHS TO RECOVERY: _____
ICD-10 CODE: _____	ICD-10 CODE: _____	ICD-10 CODE: _____
MONTHS TIL RECOVERY: _____	MONTHS TO RECOVERY: _____	MONTHS TO RECOVERY: _____
ICD-10 CODE: _____	ICD-10 CODE: _____	ICD-10 CODE: _____
MONTHS TIL RECOVERY: _____	MONTHS TO RECOVERY: _____	MONTHS TO RECOVERY: _____
<p><b>TO BE COMPLETED BY DOCTOR/SPECIALIST</b></p> <p><b>SOLICITANTE: NO LLENE INFORMACION EN ESTA PAGINA</b></p>		
Medical Professional Name: _____		License Number: _____
Title: _____	Specialty #1: _____	
Facility/Organization Name: _____	Specialty #2: _____	
Address: _____		
City: _____	State: _____	Zip Code: _____
Telephone: _____	Fax: _____	Email: _____
<p>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.</p>		
<b>MEDICAL PROFESSIONAL SIGNATURE:</b> _____		
<b>DATE:</b> _____		
RETURN TO: _____	<p><b>ACCESSIBLE SERVICES</b>  <b>VIA METRO TRANSIT</b>  <b>1021 SAN PEDRO AVENUE</b>  <b>SAN ANTONIO, TX 78212</b></p>	<p><b>SUBMIT ORIGINALS</b>  <b>DO NOT SUBMIT COPIES</b>  <b>DO NOT EMAIL</b>  <b>DO NOT FAX</b></p>