



## Solicitud para el servicio de traslado para personas con discapacidades MTS Access

### Hoja informativa

Le agradecemos que consulte sobre la elegibilidad para los Servicios de Acceso de MTS. MTS ofrece una variedad de opciones de transporte público para las personas con discapacidades. La elegibilidad para estos servicios se basa en la capacidad funcional de la persona para utilizar el servicio de ruta fija de MTS.

MTS ofrece servicios de autobús de ruta fija y tren ligero para transportar personas con discapacidades físicas, cognitivas y visuales de forma diaria. Todos los autobuses de ruta fija y trenes ligeros de MTS están equipados con las características de accesibilidad según ADA, tales como ser autobuses con pisos bajos, rampas, elevadores, anuncios de audio, áreas designadas en las que las personas con discapacidades tienen prioridad para sentarse, mejor señalización, autobuses con inclinación y barandillas.

MTS ofrece una tarifa reducida para personas mayores, discapacitadas o con Medicare (Programa SMD, por sus siglas en inglés). Este programa de ruta fija ofrece tarifas con descuento y es el programa más usado por la mayoría de los clientes con discapacidades en San Diego. Los clientes elegibles pueden viajar en el servicio de ruta fija y tren liviano accesible con una tarifa un 68% más barata con pases mensuales. Este programa está disponible para las personas con discapacidades que pueden usar los sistemas de autobús y tren liviano como su opción principal de transporte. Para obtener más información sobre el programa SDM o una solicitud, visite: [www.sdmts.com/fares-passes/reduced-fare-and-passes](http://www.sdmts.com/fares-passes/reduced-fare-and-passes) o llame al 619-234-1060.

MTS también ofrece el servicio de traslado para personas con discapacidades MTS Access para los clientes con discapacidades. Según la Administración Federal de Tránsito (FTA), la elegibilidad para los servicios de traslado para personas con discapacidades está directamente relacionada con capacidad funcional de las personas con discapacidades para utilizar servicios de tránsito de ruta fija. Si no puede usar el servicio de autobús o tren ligero desde el punto de vista funcional, puede ser elegible para el servicio MTS Access. Las cuestiones tales como el diagnóstico, la edad, la distancia a la parada del autobús, la falta de servicio de autobús, los autobuses o tranvías superpoblados, la incapacidad de conducir, las finanzas personales, la inconveniencia y/o las molestias no son la base para determinar la elegibilidad para MTS Access.

MTS Access se ofrece de acuerdo con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) y es un servicio de transporte público de origen a destino, viaje compartido y reserva anticipada. En concordancia con la ADA, MTS Access se compara con el sistema de autobús de ruta fija



## Solicitud para el servicio de traslado para personas con discapacidades MTS Access

y tren ligero de MTS, incluso las características de servicio (tales como tiempo de viaje y puntualidad) y área de servicio (¾ millas en una ruta de autobús de ruta fija o tren ligero regular).

### CÓMO SOLICITAR EL SERVICIO:

1. Revise la información de elegibilidad que se proporciona en esta solicitud de ADA.
2. Si considera que califica para los servicios de traslado para personas con discapacidades de ADA:
  - a. Complete la **Parte A** de la solicitud.
  - b. Haga que un profesional médico que conozca su afección médica o discapacidad y sus capacidades y limitaciones funcionales complete la **Parte B** de esta solicitud. La Parte B debe completarse dentro de los **60 días previos** a la entrevista en persona.
3. Una vez que se hayan enviado ambas partes de la solicitud, llame al 844-299-6326 para agendar una evaluación en persona. Es su responsabilidad contactarnos para agendar su evaluación en persona.

Para solicitar una nueva certificación o recertificación, envíe su solicitud al Centro de Elegibilidad de MTS Access:

Correo: MTS Access Eligibility

100 16<sup>th</sup> Street

San Diego, CA 92101

o

Fax: 844-299-6369

o

Correo electrónico: [Access@sdmts.com](mailto:Access@sdmts.com)

o

En línea en: [www.sdmts.com/access](http://www.sdmts.com/access)

Si recibe asistencia para completar la Parte A, esa misma persona no puede completar la Parte B. Las partes A y B deben ser completadas por personas diferentes que estén familiarizadas con su discapacidad y / o condiciones de salud.

### ¿QUÉ SUCEDE EN LA EVALUACIÓN EN PERSONA?:

1. Su foto será tomada. Si se determina que es elegible, los conductores de MTS Access usarán la foto para confirmar su identidad al subirse al autobús.
2. En su cita, usted tendrá una evaluación en persona con un Evaluador de Movilidad.
3. Su determinación de elegibilidad se basará en:
  - a. La información proporcionada en su solicitud.
  - b. Los resultados de su evaluación en persona.



## Solicitud para el servicio de traslado para personas con discapacidades MTS Access

- c. La verificación complementaria proporcionada por su profesional de atención médica.
4. En el plazo de 21 días recibirá una carta de su evaluación en persona que le informará su nivel de elegibilidad. Si fuera aprobado, recibirá una guía para usuarios.
5. Si le negaran la elegibilidad incondicional, tiene derecho a apelar. Recibirá una carta sobre esta decisión y una copia del proceso de apelaciones de MTS Access.

Esperamos reunirnos con usted durante su evaluación en persona.

Ubicación:  
Oficina de Elegibilidad de Access  
100 16th St  
San Diego, CA 92101

**Esta solicitud se encuentra disponible en formatos alternativos. Si desea más asistencia, llame al 844-299-6326.**

***Antes de comenzar esta solicitud y el proceso de certificación, comprendo que toda la información que proporcione deberá ser veraz, precisa y correcta. Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta solicitud es correcta. El objetivo de esta solicitud es determinar si soy elegible para usar los servicios de traslado para personas con discapacidades o si, en algunos momentos, puedo viajar en los autobuses de ruta fija o trenes ligeros de MTS. Entiendo que la falsificación de la información podría dar como resultado la pérdida de los servicios de traslado para personas con discapacidades, así como también sanciones establecidas por ley.***



## Solicitud para el servicio de traslado para personas con discapacidades MTS Access

### PARTE A: Información y divulgación del solicitante

#### Datos personales

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Número de Medi-Cal (*si corresponde*): \_\_\_\_\_ No tengo Medi-Cal

*Si Medi-Cal, Proveedor de Servicio Manejado:*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aetna Better Health of California | <input type="checkbox"/> BlueCross BlueShield            |
| <input type="checkbox"/> Community Health Group            | <input type="checkbox"/> Health Net                      |
| <input type="checkbox"/> Kaiser                            | <input type="checkbox"/> Molina Healthcare of California |
| <input type="checkbox"/> United Healthcare                 |  |

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Otro teléfono: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino      ¿Necesita servicios TDD?  Sí  No

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

- Solicitud nueva       Recertificación

*En caso de recertificación:*

Número de ID: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

## Solicitud para el servicio de traslado para personas con discapacidades MTS Access

Proporcione el nombre y número de teléfono de un amigo o familiar al que podamos llamar en caso de emergencia o si no podemos comunicarnos con usted a su teléfono habitual:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

### Uso del tránsito

1. ¿Actualmente usa el autobús de ruta fija (autobús público) o el tren ligero (trolley) independientemente?  Sí  No  A veces

¿Autobús de ruta fija?  Sí  No  A veces

¿Tren ligero?  Sí  No  A veces

2. ¿Cuándo fue la última vez que viajó en el autobús de ruta fija o el tren ligero (trolley) independientemente? \_\_\_\_\_

3. ¿Con qué frecuencia viaja en el autobús de ruta fija o el tren ligero? \_\_\_\_\_ por mes

4. ¿Cuáles autobuses de ruta fija o líneas de tren ligero usa? \_\_\_\_\_

5. Escriba su número de tarjeta PRONTO Card de 20 dígitos: \_\_\_\_\_

No tengo una tarjeta PRONTO

6. ¿Alguna vez recibió entrenamiento para viajar y saber trasladarse por la comunidad o cómo usar los autobuses de ruta fija o los trenes ligeros?  Sí  No

7. ¿Le gustaría obtener información sobre entrenamiento para viajar a fin de usar los autobuses de ruta fija o los trenes ligeros?  Sí  No

## Solicitud para el servicio de traslado para personas con discapacidades MTS Access

### Información sobre discapacidad/afección médica

**Todas las preguntas deben ser respondidas.**

8. Describa la discapacidad o afección médica que le impide usar el servicio de autobuses de ruta fija y de tren ligero.

---



---



---



---



---



---

9. ¿Es una discapacidad o condición médica temporal?  Sí  No

10. En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo espera que le impida usar el servicio de autobuses de ruta fija y tren ligero? \_\_\_\_\_ Meses

11. ¿Actualmente recibe tratamiento?  Sí  No

En caso afirmativo, marque el tratamiento que le corresponde:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicamentos                     | <input type="checkbox"/> Fisioterapia            | <input type="checkbox"/> Quimioterapia  |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia                     | <input type="checkbox"/> Diálisis                | <input type="checkbox"/> Psicoterapia   |
| <input type="checkbox"/> Inmovilización sin soportar peso | <input type="checkbox"/> Inmovilización con peso | <input type="checkbox"/> Rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Cirugía                          | <input type="checkbox"/> Convalecencia           |   |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                      |  |   |

12. ¿Por cuánto tiempo recibirá tratamiento?

- |                                     |                                     |   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> < 3 meses  | <input type="checkbox"/> 3-6 meses  | <input type="checkbox"/> 6-9 meses            |
| <input type="checkbox"/> 9-12 meses | <input type="checkbox"/> > 12 meses | <input type="checkbox"/> Duración desconocida |

13. ¿Recientemente tuvo una caída que requirió atención médica?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia se cae por semana?

En caso afirmativo, ¿la caída ocurrió mientras usaba un dispositivo o apoyo para moverse?  Sí  No

14. ¿Vive en un centro de asistencia o para discapacitados?  Sí  No

15. ¿Alguna vez necesita llevar a alguien para que lo ayude cuando viaja (un “asistente de atención personal” o “asistente personal”)?  Sí  No



## Solicitud para el servicio de traslado para personas con discapacidades MTS Access

### Habilidades de tránsito

Lea las siguientes afirmaciones y marque las que mejor describan sus habilidades para usar autobuses de ruta fija o tranvías (marque todo lo que corresponda). **Al menos una casilla debe ser seleccionada.**

- Puedo ir y volver de paradas de autobuses o estaciones de tren ligero si la distancia no es mucha.
- Puedo andar en autobuses o trenes ligeros cuando me siento bien. En otros momentos, cuando mi discapacidad o afección médica empeora, no puedo andar en autobuses o tranvías.
- Tengo una discapacidad o afección médica que me impide andar en autobuses o trenes ligeros si el clima está muy caluroso o frío.
- Puedo agarrar barandillas y dinero para pagar la tarifa de los autobuses y el tren ligero.
- Puedo ir y venir de paradas de autobús o estaciones de tren ligero si hay rampas y veredas.
- Puedo ir y venir de paradas de autobús o estaciones de tren ligero solo si no hay colinas.
- Tengo dificultad para comprender o recordar todas las cosas que debería hacer para usar autobuses y trenes ligeros.
- Puedo usar los autobuses y trenes ligeros si es a un lugar que voy todo el tiempo.
- No puedo usar autobuses o trenes ligeros por mí mismo.
- No estoy seguro de si puedo usar autobuses o trenes ligeros.
- No puedo usar autobuses ni trenes ligeros por otros motivos.

Si marcó alguna de las casillas anteriores, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Habilidades funcionales

Las siguientes preguntas nos darán más información sobre sus habilidades funcionales. Seleccione Siempre (S), A veces (A) o Nunca (N) en respuesta a las siguientes preguntas.

Sin la ayuda de otra persona:

¿Puede pedir y comprender instrucciones orales o escritas?  S  A  N

Si responde a veces o nunca, explique: \_\_\_\_\_

¿Puede cruzar la calle?  S  A  N

Si responde a veces o nunca, explique: \_\_\_\_\_

¿Puede estar parado por 15 minutos si no hay lugar para sentarse?  S  A  N

Si responde a veces o nunca, explique: \_\_\_\_\_

## Solicitud para el servicio de traslado para personas con discapacidades MTS Access

¿Puede subir y bajar la vereda desde un cordón?  S  A  N

Si responde a veces o nunca, explique: \_\_\_\_\_

¿Puede subir y bajar tres escalones si hay barandilla?  S  A  N

Si responde a veces o nunca, explique: \_\_\_\_\_

¿Puede caminar en superficies irregulares?  S  A  N

Si responde a veces o nunca, explique: \_\_\_\_\_

¿Puede pararse en un autobús o tranvía en movimiento si hay barandilla?  S  A  N

Si responde a veces o nunca, explique: \_\_\_\_\_

¿Puede pasar de un autobús o tren ligero a otro?  S  A  N

Si responde a veces o nunca, explique: \_\_\_\_\_

En las mejores condiciones, ¿cuán lejos puede caminar en el exterior (con su ayuda para moverse si es que usa una) sin la ayuda de otra persona?  < 1 cuadra  1-4 cuerdas  > 4 cuerdas

Proporcione cualquier otra información sobre su discapacidad o afección médica que pudiera ser de ayuda para comprender sus habilidades para viajar:

---

---

---

---

---

## Solicitud para el servicio de traslado para personas con discapacidades MTS Access

### Certificación

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta solicitud es correcta. El objetivo de esta solicitud es determinar si soy elegible para usar los servicios de traslado para personas con discapacidades (MTS Access) o si puedo viajar en los autobuses de ruta fija o trenes ligeros de MTS. Entiendo que la falsificación de la información podría dar como resultado la pérdida de los servicios de traslado para personas con discapacidades, así como también sanciones establecidas por ley. Acepto someterme a una evaluación en persona de mis habilidades y limitaciones de movilidad con el objetivo de determinar mi elegibilidad para el servicio para personas con discapacidades. Entiendo que presentar información falsa o engañosa a sabiendas o el negarme a una evaluación en persona es causal para determinar la inelegibilidad para los servicios y beneficios de MTS Access. Acepto notificar a MTS si mi afección cambia, si uso un dispositivo para movilizarme nuevo o si ya no necesito usar el servicio para personas con discapacidades en virtud de ADA.

Firma del solicitante/parte responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Autorización para divulgar información

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a mi profesional de atención médica a divulgar toda la información relativa a mi discapacidad o afección médica y sus efectos sobre mi capacidad para viajar en el sistema de autobuses y trenes ligeros de MTS (**Parte B**). Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que el personal de MTS o el contratista para la certificación de ADA pueden ponerse en contacto con el profesional de atención médica que completó la verificación adjunta a esta solicitud a fin de confirmar su información. Comprendo que toda la información médica se mantendrá estrictamente confidencial.

Firma del solicitante/parte responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si alguien lo ayudó a completar esta solicitud, proporcione la siguiente información:

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Agencia (si corresponde): \_\_\_\_\_

Relación con solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Otro teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor haga una copia para su expediente