

### Lista de control para la solicitud

Estimado solicitante:

Le damos las gracias por dedicarnos su tiempo para llenar la solicitud de Able Ride. Al completar esta solicitud (formulario), por favor revise la lista de control y la solicitud antes de enviarla por correo para su trámite. Al seguir estas instrucciones en toda la forma, las probabilidades de que le regresemos su solicitud debido a información faltante disminuyen. Por favor use la lista de control de abajo para confirmar que sus respuestas en la solicitud están correctas y completas.

Por favor lea detenidamente las 18 hojas de la solicitud y conteste todas las preguntas. Escriba lo más claramente posible o marque las casillas necesarias. **Después de haber llenado la solicitud, por favor use la lista de control de abajo como guía.**

- 1. ¿Leyó y completó la parte de la página A 4 de 14?
- 2. ¿Incluyó la foto a color tamaño pasaporte? **Página 5 de 14** (la foto en fondo blanco, sin gorro, cachucha o sombrero y sin anteojos)
- 3. ¿Leyó y completó correctamente las páginas **6 de 14 y la 10 de 14**?
- 4. ¿Contestó todas las preguntas, firmó y fechó la forma en la página **10 de 14**?
- 5. **Parte B:** Verificación del Profesional de la Salud Titulado, página **11 de 14**, ¿la llenó y firmó un **profesional de la salud titulado**?

Una vez que la solicitud esté correcta y terminada, por favor envíe por correo la solicitud original **(No Copias)** a:

**NICE Able-Ride  
947 Stewart Ave.  
Garden City, NY 11530**

**Queda a discreción de Able-Ride, llamar a los clientes para una entrevista.**

**No haber llenado la forma de manera apropiada causará retraso en la determinación de la elegibilidad. (Después de que se haga la resolución y que los clientes satisfagan los requisitos, entonces podrán recibir el estatus de elegibilidad hasta por 5 años). Cada cliente recibirá una tarjeta de identificación con la fecha de vencimiento indicada en la tarjeta.**

**Nassau Inter-County Express (NICE)**  
**Solicitud para el Servicio Complementario de Paratránsito de**  
**Able-Ride**

Estimado Solicitante:

La Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA, por sus siglas en inglés) es una declaración de derechos civiles que prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidades. La intención de Ada es asegurar que las personas con discapacidades que no pueden usar el autobús de ruta fija tengan acceso igualitario al transporte público. El transporte especializado que ofrece Able-Ride es un servicio de viaje compartido de puerta a puerta para las personas elegibles que están impedidas para subir o viajar por el servicio de autobús regular de ruta fija. Able-Ride **NO** es un servicio de transporte médico o de ambulancia.

La ADA exige que NICE resuelva la elegibilidad del servicio de Able-Ride. **Las categorías de elegibilidad para el servicio Able-Ride del Condado de Nassau son las siguientes:**

- **Personas que están impedidas para subirse, viajar o bajarse de un autobús de ruta fija, sin contar su habilidad de llegar hasta la parada del autobús.**
- **Personas con impedimentos específicos que no pueden viajar a una parada de autobús para subirse al autobús de ruta fija o que no pueden viajar a su punto de destino final después de bajarse de los autobuses de ruta fija.**

Su usted piensa que su discapacidad pudiera estar clasificada en una de las categorías arriba descritas, solicite la certificación llenando la Solicitud de Paratránsito. Además, un profesional de la salud titulado o certificado de Nueva York (por ejemplo, un médico, terapeuta físico/ocupacional o trabajador(a) social) que esté familiarizado(a) con su habilidad funcional deberá verificar su solicitud.

Por favor recuerde que su edad, discapacidades o distancia a una parada de autobús, no lo hace elegible automáticamente para el servicio de paratránsito.

Además de completar la solicitud, usted deberá entregar (1) foto reciente a color de la cara (que mida 2 pulgadas de largo por X 2 pulgadas de ancho la cual haya sido tomada en el último año). Pegue la foto en la casilla de la página 5 de esta solicitud. La foto deberá ser tomada en fondo blanco sólido, de frente, completa. Su solicitud no se considerará completa si usted no incluye la foto.

Una vez que todas las preguntas hayan sido contestadas, su solicitud se considerará completa y la foto viene adjunta; el solicitante ha dado permiso de divulgación y el profesional de la salud titulado o certificado ha llenado la Parte B. Regrese esta solicitud al Departamento de Certificaciones de NICE Able-Ride. Able Ride proporcionará una resolución en cuanto a su elegibilidad en un plazo de **21 días, una vez que la solicitud haya sido llenada y recibida por el departamento.**

**Solicitud para el Servicio de  
Paratransito NICE  
ÁREAS DE SERVICIO**

Nassau Inter-County Express es un servicio de paratransito de puerta a puerta para el Condado de Nassau y que brinda servicio de aproximadamente dos millas dentro de los límites del Condado Nassau/Suffolk.

Able Ride **NO** ofrece servicio complementario de paratransito en las siguientes áreas: Syosset, Bayville, Oyster Bay, Lido Beach, Point Lookout, Locust Valley y Sands Point.

Able Ride ofrece servicio **PARCIAL** en las siguientes zonas: Valley Stream, Woodmere, Old Bethpage, Hicksville, Long Beach, Glen Cove, Plainview y Lawrence.

Conforme a las Pautas Federales de ADA, las áreas de servicio se consideran que están en cumplimiento cuando las ubicaciones para subir o bajar se encuentran localizadas dentro de **un radio de ¾ de milla** de una ruta fija de operación de N.I.C.E. Los horarios de servicio concuerdan con el horario de los autobuses de ruta fija de operación más cercana hasta el punto de origen o destino del cliente.

Si su ubicación para recogerlo (por ejemplo la dirección de su casa) no es una ubicación de servicio, usted podrá todavía utilizar el servicio de paratransito usando la dirección que satisfaga la regla de servicio en un radio de ¾ de milla exigida por la ADA. El solicitante, sin embargo, debe obtener para él/ella la ubicación de servicio de recogida por sus propios medios.

Si está interesado(a) en viajar fuera de los límites del Condado de Nassau y desea obtener más información, por favor llame al 516-228-4000 ó visite la página Web [www.nicebus.com](http://www.nicebus.com) (en la pestaña busque Able-Ride y luego haga clic en Able Ride).



**Solicitud del Servicio de Paratransito NICE**

Si tiene preguntas acerca de esta solicitud, por favor comuníquese, con el Departamento de Certificaciones de NICE Able-Ride al (516) 228-4000. Envíe su solicitud por correo a la siguiente dirección:

**NICE Able-Ride 947 Stewart Ave.  
Garden City, NY 11530**

**PARTE A- DATOS DEL SOLICITANTE  
(POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE)**

Todos los autobuses regulares de ruta fija de Nassau Inter-County Express (NICE) tienen rampas y sistemas de arrodillamiento para el equipo de movilidad (escalones que acortan el nivel de la banqueta) para facilitar la subida y todos hacen paradas automáticas y anuncios de ubicaciones clave. Por favor escriba en letra de molde tan ordenada y claramente como sea posible.

Fecha \_\_\_\_\_ Correo electrónico del Solicitante \_\_\_\_\_

Por favor marque una respuesta: Primera Solicitud \_\_\_\_\_ Recertificación \_\_\_\_\_

Número de identificación de la certificación anterior \_\_\_\_\_

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

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la casa ( ) \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular: ( ) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Dirección de correo alternativo: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto de emergencia ( ) \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Correo electrónico para correspondencia: \_\_\_\_\_

Paradas de autobús más cercanas a su residencia.

\_\_\_\_\_  
(Si no está seguro(a), por favor llame al (516) 228-4000, use la opción 2 C.I.D)

Nombre de la subdivisión o complejo de apartamentos: Calle principal e intersección más cercana:

\_\_\_\_\_

### Solicitud del Paratránsito NICE

Por favor adjunte la foto tipo pasaporte abajo:

Escriba los nombres médicos de sus discapacidades o condiciones médicas	�Es la condición permanente?	Duración de la condición médica	Medicamentos que toma para su condición médica

### POR FAVOR TENGA PRESENTE LO SIGUIENTE:

No podemos tramitar su solicitud sin la foto adecuada tamaño pasaporte. La foto debe ser a color, en fondo **blanco** sólido; sin gorro, cachucha o sombrero y sin anteojos. Sin la foto apropiada, su solicitud será devuelta, lo cual retrasar  el trámite de su solicitud.



### Solicitud del Servicio de Paratránsito NICE

4. Si usted sufre convulsiones, por favor marque todo lo que aplique:

- Tonicocl nicas  Crisis de ausencia  Lóbulo Temporal  Lóbulo Epiléptico

5. Al tener una convulsión, por favor marque todo lo que aplique:

- Soy difícil de despertar  Me desmayo  Me quedo dormido  
 Necesito atención médica de inmediato  miro fijamente al espacio

6.  Con que frecuencia ocurren? \_\_\_\_\_

7.  Cu ndo fue su última convulsión? \_\_\_\_\_

8. Está usted actualmente tomando medicamentos para controlarlas? S   No

9.  Padece de impedimento visual (incluyendo ceguera)? S   No

Si la respuesta es sí, por favor marque todas las respuestas que apliquen:

- Uso lentes de contacto o anteojos.  
 Puedo reconocer mi parada de destino si se hacen los anuncios.  
 Soy legalmente ciego y no puede distinguir mi parada de autobús de manera apropiada, no puedo bajar ni navegar la ruta hasta mi parada de destino. No uso un animal de servicio o algún aparato que me asista.  
 Uso un animal de servicio, pero necesito el servicio de paratránsito para ir y venir de mis puntos de destino a los que no puedo viajar de manera segura en la ruta.  
 Puedo oír fácilmente y reconocer los sonidos ambientales que me ayudan a decidir los patrones de flujo del tr fico.  
 No puedo oír fácilmente los sonidos ambientales que me ayudan a decidir el flujo del tr fico.  
 No siempre puedo salir de las calles antes de los cambios de las señales de tr fico.  
 Necesito un guía vidente para que me ayude con las siguientes tareas:

\_\_\_\_\_

10.  Tiene usted una **discapacidad mental o psicológica**? S   No  si la respuesta es sí, por favor mencione la discapacidad y explique cómo lo afecta.

\_\_\_\_\_

11.  Tiene otras discapacidades físicas o mentales que afectan su **FUNCIONALIDAD** de viajar por autobús de ruta fija? (Por ejemplo: dificultad para llegar al autobús, esperar en la parada el autobús correcto, subir al autobús, saber cuándo llegar a su parada y avisar al conductor que usted necesita bajarse.) S   No   
Si la respuesta es sí, por favor explique.

\_\_\_\_\_

12.  Puede usted esperar 20 minutos en una parada de autobús NICE que no tiene asientos? S   No  Si la respuesta es no, por favor explique.

\_\_\_\_\_

13.  Puede usted esperar 20 minutos en una parada de autobús NICE que no tiene asientos ni está cubierta? S   No  si es no, por favor explique

\_\_\_\_\_

14. ¿Puede esperar, sin ayuda, 20 minutos en una parada de autobús de NICE? Sí  No

Si la respuesta es no, por favor explique:

---

15. ¿Qué tan lejos puede caminar sin la ayuda de otra persona? Por favor maque.  menos de una cuadra

1 a 2 cuadras  3 a 4 cuadras  5 a 6 cuadras  Más de 6 cuadras  No sé

16. ¿Necesita una rampa o elevador para subir o bajar del autobús? Sí  No

Todo el tiempo  Algunas veces  Nunca

17. ¿Usa equipo de movilidad para viajar? Sí  No  Por favor cheque todas las respuestas que

apliquen:  bastón blanco  bastón ortopédico (con tres o cuatro puntos de apoyo)

bastón normal  andador  corsé o abrazaderas  muletas

silla de ruedas manual  silla de ruedas de motor  scooter

Respirador/Oxígeno  Animal de servicio/guía. Por favor describa:

---

---

18. ¿Cuál es la altura/ancho de su equipo de movilidad no ocupado?

Altura: \_\_\_\_\_ Ancho: \_\_\_\_\_

19. ¿Cuál es el peso de su equipo de movilidad mientras se ocupa?

---

20. ¿Necesita un asistente de cuidado personal (PCA, en inglés) que viaje con usted para que lo ayude en el autobús? Sí  No  Si la respuesta es sí, explique la asistencia concreta que necesita.

---

---

---

21. Si no necesita un asistente de cuidado personal para viajar en autobús, ¿necesita que un cuidador espere por usted cuando baje del autobús? Sí  No

22. Si el autobús llega a su destino y el cuidador no está allí para ayudar cuando usted baje del autobús, ¿con quién tenemos que comunicarnos?

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor tome en cuenta lo siguiente: Sí el número de contacto estuviera desconectado, ¿a qué Servicios a las Familias o policía local podemos llamar para que custodie al pasajero?

23. ¿Habrá situaciones cuando a su cuidador no se le exigirá que lo encuentre en el autobús? Sí  No

Si la respuesta es sí, por favor explique.

---

---

24. ¿Cómo viaja ahora? Por favor marque todas las respuestas que apliquen.

- Con ayuda de un equipo de movilidad  camino  yo manejo (conduzco)
- Soy pasajero en el automóvil de alguien más  otro servicio de camionetas van
- Autobús de ruta fija NICE  actualmente no tengo medio de transporte
- Autobús de servicio de paratransito NICE Able-Ride

25. ¿Ha usted viajado en un autobús de ruta fija? Sí  No

Si la respuesta es sí, cuando fue la última vez que viajó en un autobús de ruta fija?

---

---

26. ¿Por qué dejó de usar el autobús de ruta fija?

---

---

27. ¿Siente usted que pudiera viajar en un autobús de ruta fija, si la camioneta (van) de paratransito puede llevarlo y traerlo hasta una parada de autobús accesible?

Sí  No  Si la respuesta es no, por favor explique de qué manera su discapacidad lo limita.

---

---

28. Por favor marque todas las respuestas que apliquen en su caso:

- Puedo subir, viajar y bajar de un autobús de ruta fija.
- Puedo cruzar la calle.
- Puedo subir y bajar aceras.
- Puedo manejar dinero.
- Puedo estar de pie en un autobús en marcha y agarrarme del pasamanos, si no hubiera asientos disponibles.
- Puedo usar un teléfono para obtener información sobre los horarios del autobús.
- Puedo encontrar el camino a la parada del autobús después de que se me haya mostrado en dónde está.
- Puedo transbordar a otro autobús o tren después de que se me haya mostrado en dónde está.
- Puedo oír y entender el sistema de anuncios automático del autobús.
- Necesito ayuda para entender el recorrido del autobús de ruta fija.
- No tengo el vigor o resistencia física para viajar grandes distancias.

Por favor explique las respuestas marcadas en la pregunta 28

---

---

---

---

---

---

---

---

He revisado toda la información asentada en la presente solicitud. Hago constar que toda la información es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que la falsificación de información podría causar que me negarán el servicio. Entiendo que solamente cierta información pudiera ser mantenida de manera confidencial. Esta información confidencial incluye: el diagnóstico específico proporcionado por el profesional de salud con licencia o cédula profesional, la naturaleza de la discapacidad proporcionada por el solicitante, y el día y mes del nacimiento del solicitante. Entiendo que sólo la información exigida por los servicios de paratransito será divulgada a las personas que desempeñen esos servicios. Entiendo, además, que NICE se puede comunicar con el profesional de salud titulado que haya llenado la Forma de Verificación (PARTE B) llenada por el Profesional la cual se adjunta a la presente solicitud a fin de confirmar o aclarar esta información. Asimismo, por medio del presente documento autorizó la liberación de esta información médica como lo exige NICE durante un periodo de 3 años a partir de esta fecha. **(Si el solicitante no puede firmar, asegúrese que se otorgue un Poder o que el tutor legal del solicitante firme en el espacio provisto para que firme el Solicitante).**

**Firma del Solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si una persona distinta del solicitante ha ayudado a llenar la Parte A de esta forma, por favor marque una de las siguientes respuestas.

**Por favor tome en cuenta que si usted es un profesional de la salud que está asistiendo a su cliente, usted NO podrá verificar la Parte B.**

- Certifico que la información proporcionada en la presente solicitud es correcta y verdadera y está basada en la información que el solicitante me ha dado.
- Certifico que la información proporcionada en la presente solicitud es correcta y verdadera y está basada en mi propio conocimiento de los padecimientos médicos o discapacidades del solicitante.

Escriba su nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

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

Parentesco con el Solicitante: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ (durante el día) \_\_\_\_\_ (durante la noche)

## Solicitud para el Servicio de Paratransito NICE

### PARTE B: VERIFICACIÓN DEL PROFESIONAL AUTORIZADO

Estimado Profesionalista Médico Titulado:

La Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) de 1990 es una declaración de derechos civiles que prohíbe la discriminación contra personas con discapacidades. De conformidad con la Ley, Nassau Inter-County Express (NICE) brinda el servicio de autobús de puerta a puerta para aquellas personas que no pueden usar el autobús de ruta fija.

Los pasajeros (usuarios) deben ser certificados como elegibles para usar el servicio de autobús de puerta a puerta. Los solicitantes pueden ser encontrados elegibles para el servicio de autobús para algunas solicitudes de viajes, pero no para todos los viajes que soliciten. La elegibilidad se basa en una incapacidad funcional para usar el servicio público de transporte.

Las categorías de elegibilidad para el servicio de Nassau County Able-Ride son las siguientes:

- Las personas que no pueden subir, viajar o bajar de un autobús de ruta fija, sin tomar en cuenta su habilidad para llegar a una parada de autobús.
- Las personas con impedimentos específicos que no pueden viajar hasta una parada de autobús para subirse al autobús de ruta fija o no pueden viajar a su destino final después de bajarse del autobús de ruta fija.

Todos los autobuses de ruta fija están equipados con una rampa para personas que usan equipo de movilidad o que no pueden subir escaleras.

La información que usted nos proporcione, junto con la información del solicitante, nos facilitará tomar una decisión apropiada. Toda la información se mantendrá confidencial.

**Si usted es un profesional de la salud titulado que ha llenado la Parte A de la solicitud, entonces no puede verificar la Parte B de la solicitud.**

Muchas gracias por su colaboración.

## Solicitud para el Servicio de Paratransito NICE

### PARTE B: VERIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD TITULADO

Por favor asegúrese de que las respuestas estén escritas de manera clara y ordenada.

Por favor devuelva los DOCUMENTOS ORIGINALES A TINTA. NO SE ACEPTARÁN COPIAS FAXEADAS O EN FOTO.

1. ¿Qué discapacidad o condición médica previene al solicitante de viajar en autobús de ruta fija? Explique de manera detallada el diagnóstico clínico relacionado con otras discapacidades físicas, cognitivas, visuales o de desarrollo.

---

---

---

---

---

---

---

---

1. ¿Es temporal la condición médica?

2. ¿Cuál es la duración esperada de la condición médica? \_\_\_\_\_ meses

3. ¿Es posible que el solicitante vaya y venga solo(a) al autobús de ruta fija?

Sí  No Si contestó No, marque todas las respuestas que apliquen:

- No puede sortear áreas sin banquetas.
- No puede sortear terreno empinado.
- No puede subir o bajar una banqueta.
- No puede cruzar una intersección muy transitada.

No puede soportar:

El calor  El frío  La humedad  La mala calidad del aire

No puede localizar la parada del autobús:

Visualmente  Cognitivamente

No puede estar de pie en una parada de autobús por:  10 minutos  20 minutos  30 minutos

### Solicitud para el Servicio de Paratrásito NICE

4. ¿Puede el solicitante lograr hacer las siguientes tareas sin ayuda?

Encontrar el camino entre ubicaciones que le son familiares  Sí  No

Agarrar monedas, pases, rieles y agarraderas  Sí  No

Hacer la señal al conductor que se bajará del autobús en la parada correcta  Sí  No

Comunicar información importante cuando se le solicite  Sí  No

Pedir, entender y seguir direcciones  Sí  No

Viajar 200 pies (1 cuadra en la ciudad)  Sí  No

Viajar 1/4 de milla (3 cuadras en la ciudad)  Sí  No

Viajar 1/2 milla (6 cuadras en la ciudad)  Sí  No

Enfrentar situaciones inesperadas  Sí  No

Viajar de manera segura por instalaciones repletas de gente  Sí  No

5. Describa el impedimento visual del solicitante. Marcar todas las respuestas que apliquen.

Totalmente ciego  Legalmente ciego  Glaucoma  Degeneración macular

Desprendimiento de retina  Retinopatía  Ceguera cortical  Cataratas

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

### Datos del Profesional de Salud Titulado

6. Por favor escriba el nombre y puesto del Profesional de la Salud

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Clínica/negocio: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Número de Teléfono o Fax.: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (opcional): \_\_\_\_\_

Cédula Profesional del Estado de Nueva York, Número de Registro o de Certificación:

\_\_\_\_\_

Agencia que otorga la cédula/certificación: \_\_\_\_\_

**\*\*\*NOTA: Se necesita la firma del Profesional de la Salud Titulado en la página 14. \*\*\***

### Solicitud para el Servicio de Paratrásito NICE

He revisado toda la información que la presente solicitud contiene y certifico que toda la información es correcta y verdadera a mi leal saber y entender y que el solicitante nombrado en este documento está bajo mi cuidado profesional. Por la medio del presente documento, juro y afirmo que el solicitante está discapacitado como se indica.

**Firma del Profesional de la Salud Titulado:**

---

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

Comentarios adicionales:

---

---

---

---

---

---

**Por favor regrese los documentos originales llenados. No aceptamos copias o faxes.**