



Ciudad de Billings – Transit MET MET- PLUS  
1705 Monad Rd/ Billings, MT 59101  
(406)657-8218 / N° Fax (406)657-8419  
[WWW.METTRANSIT.COM](http://WWW.METTRANSIT.COM)

## **SOLICITUD DE PARATRANSIT MET-PLUS**

### **1. Cuestionario De Elegibilidad**

Este formulario debe ser completado por el solicitante o persona autorizada para firmar en nombre del solicitante.

### **2. Formulario De Verificación Profesional**

Todos los solicitantes deben firmar la autorización, para la divulgación de la información incluida en la parte 2, pagina 1. El resto del formulario debe ser completado por un profesional que esté familiarizado con la condición del solicitante y deberá estar calificado para responder (ver a la derecha).

### **3. Envíe Ambos Formularios Juntos**

Deberá enviar juntos tanto la **Solicitud de Elegibilidad** y la de **Verificación Profesional**. Todas las solicitudes serán procesadas dentro de los 21 días calendarios de la recepción del paquete completo y el solicitante será notificado por escrito de la determinación de elegibilidad de MET.

### **Evite Demoras En El Proceso De Solicitud**

- Deberán ser presentadas todas las páginas de ambos formularios
- Verifique que todas las preguntas hayan sido contestadas
- Asegúrese de que todas las firmas necesarias estén presentes.
- Verifique dos veces que la sección de credencial profesional este completa.

Una solicitud incompleta será devuelta al solicitante una (1) vez con un aviso de lo que falta. Si se devuelve a Paratransit MET-PLUS de forma incompleta por segunda vez, se enviará al solicitante una nueva aplicación en blanco para completar.

### **Lista de Profesionales Calificados**

- Médico o Psiquiatra
- Fisioterapeuta
- Asistente Médico
- Trabajador Social Clínico Licenciado (LCSW)(LCPC)
- Terapeuta Ocupacional
- Enfermera Practicante
- Psicólogo
- Especialista Certificado en Orientación y Movilidad
- Patólogo del habla y Lenguaje

MET reconoce que muchos profesionales trabajan con clientes con discapacidades y la lista anterior no es destinada a excluir a esos profesionales. En general, será suficiente para los profesionales que hayan completado un programa plurianual de licenciatura y/o estén autorizados por el estado de Montana. Un médico de atención primaria es a menudo capaz de completar adecuadamente este formulario. No es necesario visitar a un especialista.

### **Información Adicional**

La elegibilidad de la mayoría de los solicitantes puede ser determinada por los formularios enviados al personal de Transit MET. Sin embargo, puede haber casos en los que MET contacte al solicitante o representante para más información acerca de la discapacidad del solicitante. Este contacto puede incluir, pero no es limitado a las siguientes preguntas e información:

- Una conversación acerca de la movilidad del paciente
- Leer el horario del autobús y planificar un viaje en el autobús
- Establecer una capacitación para viajes de ruta fija
- Solicitudes de evaluación profesional adicional

Si información adicional es necesaria, su solicitud aún se procesará dentro de los 21 días calendarios a partir de su recepción. El transporte será proporcionado.

Recibido: \_\_\_\_\_  
Aprobado: \_\_\_\_\_  
Certificación: \_\_\_\_\_

Complete la solicitud en su totalidad.  
Las solicitudes incompletas serán devueltas.

**1 Parte 1**

**Solicitud De Elegibilidad**

<b>¿Es esta una nueva solicitud o una recertificación?</b> <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Recertificación		
<b>Información del Solicitante</b>		
Nombre	Apellidos	Inicial del Segundo Nombre
Dirección Calle		Apt. #
Ciudad	Estado	Código Postal
¿Es este un complejo de apartamentos, un parque de casas móviles o una Institución? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Complejo o Institución	
Teléfono de Casa (     )	Teléfono Móvil (     )	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Preferencia de Pronombre
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Idioma Principal <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Otro	

<input type="checkbox"/> <b>Marque esta casilla si alguien que no sea el solicitante está completando este formulario y proporcione la siguiente información</b>		
<b>Información del Tutor Legal</b>		
Nombre	Apellidos	Inicial del Segundo Nombre
Dirección Calle		Apartamento #
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Casa (     )	Teléfono Móvil (     )	
Relación con el Solicitante (Miembro de la Familia, Asistente Social, etc.)		

<b>En caso de emergencia, ¿A quién debemos contactar?</b>
Nombre del Contacto de Emergencia
Teléfono Principal (     )
Teléfono Secundario (     )
Relación

<b>¿Quién está autorizado a ponerse en contacto con MET en su beneficio?</b>
Nombre del Contacto 1 (Individuo u Organización)
Teléfono (     )
Nombre de Contacto 2 (Individuo u Organización)
Teléfono (     )

Paratransit MET-PLUS

Solicitud De Elegibilidad

**A Información General**

¿Cuánto tiempo le gustaría usar el servicio? cada 2 años)	<input type="checkbox"/> Temporalmente	<input type="checkbox"/> Permanentemente (se requiere recertificación)
--	--	--

**¿Cuál es su opción de transporte principal actual?**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> A pie              | <input type="checkbox"/> Taxi                 | <input type="checkbox"/> Paratransit MET-PLUS    |
| <input type="checkbox"/> Conducir yo mismo  | <input type="checkbox"/> Autobús de ruta fija | <input type="checkbox"/> Otro, especifique: ____ |
| <input type="checkbox"/> Montar con alguien | <input type="checkbox"/> Bicicleta            |  |

**¿Puede usar el autobús de ruta fija sin la ayuda de otra persona?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí, actualmente viajo en los Autobuses de Ruta Fija     | <input type="checkbox"/> No, nunca he viajado.      |
| <input type="checkbox"/> Solo viajo con la ayuda de otros.                       | <input type="checkbox"/> No viajo más porque: _____ |
| <input type="checkbox"/> Solo viajo cuando las paradas de autobús son accesibles |   |

**Transit MET brinda capacitación gratuita en persona para ayudarlo a aprender a viajar en nuestra ruta fija de autobuses. ¿Te interesaría este servicio?**

- ☐ No    ☐ Sí    ☐ Posiblemente, por favor contácteme.

**¿Necesita un Asistente de Cuidado Personal para viajar con usted?**

- ☐ No    ☐ Sí    ☐ A veces, especifique: \_\_\_\_\_

**¿Viaja con un Animal de Servicio?**    ☐ No    ☐ Si, Que tipo: \_\_\_\_\_

**B Información Y Capacidades De Movilidad**

¿Qué dispositivos de desplazamiento utilizará? (Nota: dispositivos de movilidad más grandes y dispositivos que superan 600 libras cuando están en uso pueden exceder la capacidad de transporte de equipos).

- |                                  |   |  |
|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón  | <input type="checkbox"/> Bastón Blanco    | <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Manual    |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Prótesis         | <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Oxígeno Portátil | O escúter  |
|                                  |   | <input type="checkbox"/> No requiere ayuda         |

**¿Cuál es su peso corporal estimado?** \_\_\_\_\_ **Libras.**

**¿Es capaz de completar las siguientes tareas sin la ayuda de otra persona?**

Marque una casilla para cada pregunta. Si responde alguna vez a alguna pregunta, por favor explique.

A. ¿Llegar a/ desde una parada de autobús?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces
B. ¿Caminar o viajar usando un dispositivo de movilidad durante 3 cuadras?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces
C. ¿Subir/bajar de un autobús de ruta fija <b>sin</b> usar ascensor o la rampa?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces
D. ¿Subir/bajar de un autobús de ruta fija utilizando el ascensor o la rampa?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces
E. ¿Subir tres escalones de 10 pulgadas?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces
F. ¿Esperar en una parada de autobús estando de pie durante 15 minutos?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces
G. ¿Esperar en una parada de autobús sentado durante 15 minutos?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces
H. ¿Mantiene el equilibrio al entrar, salir y viajar en un autobús de ruta fija?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces
I. ¿Entiende y sigue instrucciones verbales?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces
J. ¿Reconoce las paradas y puntos de referencia correctos para completar un viaje?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces
K. ¿Escuchar las paradas anunciadas por el operador o los altavoces a bordo?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces
L. ¿Lee y sigue las señales informativas?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces
M. ¿Planea un viaje usando un horario de autobús?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces
N. ¿Comunica claramente información sobre usted mismo?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces

**Por favor explique las casillas marcadas a veces:**

---



---



---

**C Información Sobre Discapacidad**

Estas preguntas ayudan a describir su discapacidad y cómo puede afectarle.

**¿Cuál es su discapacidad?**

---



---



---

**Es su discapacidad:**

☐ Permanente

☐ Estable

☐ Progresiva

☐ Temporal,  
 ¿Cuánto  
 tiempo?  
 Meses\_\_Años  
 \_\_\_\_\_

**Explique cómo su discapacidad le impide hacer lo siguiente:**

Por favor proporcione una respuesta completa y específica. Adjunte una página adicional si es necesario.

- Subir o bajar de un autobús de ruta fija equipado con elevador/rampa: y/o
- Ir o volver de una parada de autobús: y/o
- Completar con éxito un viaje en autobús

---

---

---

---

---

---

---

**¿Qué distancia puede recorrer en terreno llano? (Con un dispositivo de ayuda para desplazarse, Si corresponde).**

- ☐ Menos de una cuadra      ☐ Dos cuadras      ☐ Tres cuadras      ☐ Cuatro cuadras o más

**Puede usted, con la ayuda de un dispositivo para desplazarse si es necesario:**

- ¿Moverse de su umbral/puerta a la acera de la calle?      ☐ Sí      ☐ No
- ¿Esperar en la acera de la calle para que le lleven?      ☐ Sí      ☐ No
- ¿Esperar en la puerta de entrada/vestíbulo para que lo lleven?      ☐ Sí      ☐ No

(Nota: Los operadores de Transit MET no pueden cruzar el umbral/puerta exterior de ninguna residencia, institución o negocio).

**¿Su discapacidad le impide usar el servicio de Ruta Fija por temporadas?**

- ☐ No, mi incapacidad para viajar no está relacionada con el clima.
- ☐ Sí, solo puedo viajar en autobuses de Ruta Fija en el verano.
- ☐ Sí, solo puedo viajar en autobuses de Ruta Fija en invierno.

**¿Su discapacidad cambia diariamente de manera que podría interrumpir su capacidad para usar el servicio de autobús de ruta fija?**

- ☐ No      ☐ Sí, Por favor explique:

---

---

---

**Enumere tres viajes que realiza con frecuencia:**

Dirección Inicial

Dirección Final

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**D Firma De La Solicitud**

Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si el solicitante es elegible para usar el servicio de Paratransit MET- PLUS de ADA. Yo certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. **Yo entiendo que la falsificación de información podría resultar en la denegación de los servicios de Paratransit ADA, así como una sanción según las leyes locales, ley estatal y federal.** Yo acepto notificar a Transit-MET si mis circunstancias cambian y ya no necesito usar los servicios de Paratransit ADA. Yo entiendo que soy responsable de autorizar una verificación profesional de mi condición(es). También entiendo que una conversación adicional, una reunión informativa o una evaluación posterior puede ser solicitada por un profesional.

Firma del Solicitante o Tutor: \_\_\_\_\_

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

**Las siguientes páginas deben ser enviadas a su Proveedor de Atención Médica  
después de completar la sección 2, página 1,  
Divulgación de la Información.**

**Parte 1 Completada.**

## 2 Parte 2

### Verificación Profesional

Complete la solicitud en su totalidad. Las solicitudes incompletas serán devueltas.

#### Divulgación de la Información

#### Autorización De Información Médica De Conformidad Con HIPPA

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo al proveedor de atención médica (mencionado a continuación), y su oficina a completar esta solicitud y proporcionar a Transit MET toda la información de salud protegida respecto a mi discapacidad con el fin de verificar mi elegibilidad para el servicio de Paratransit. Yo también autorizo el acceso de más información en caso de que sea necesaria para esta solicitud por un período de 60 días a partir de la fecha de mi firma en esta solicitud a menos que sea revocada por escrito.

\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento

#### Su Proveedor De Atención Médica

Proveedor de Atención Médica		
Proveedor	Profesión	
Dirección	Teléfono	N° Fax

**Las siguientes páginas deben ser llenadas por su Proveedor de Atención Médica**



Ciudad de Billings – Transit MET MET- PLUS  
1705 Monad Rd/ Billings, MT 59101  
(406)657-8218 / N° Fax (406)657-8419  
[WWW.METTRANSIT.COM](http://WWW.METTRANSIT.COM)

**Estimado Profesional de Atención Médica:**

El paciente que figura en el formulario de divulgación de la información adjunto está solicitando a Transit MET los Servicios de Paratransit MET-PLUS. La información que proporcione al responder las preguntas del cuestionario adjunto ayudará a Paratransit a determinar su elegibilidad. Tenga en cuenta que este cuestionario tiene un tiempo apremiante. Debido a que la demanda de este servicio es alta, los criterios de calificación son estrictos. Por favor conteste todas las preguntas de forma completa y precisa para el beneficio del solicitante. Por favor devuelva los cuestionarios completos al solicitante para que pueda enviar el paquete completo a MET.

De acuerdo con las pautas de la Ley de Estadounidenses Con Discapacidades (ADA), el servicio de Paratransit está disponible solo para personas que tienen discapacidades que les impiden viajar en autobuses de Ruta Fija. El individuo podría ser impedido por discapacidades para ir y venir de forma independiente de una parada de autobús, subir o bajar de un autobús, o para navegar a un destino.

Tenga en cuenta que la elegibilidad del servicio de Paratransit ADA no se basa en la edad, condición médica, la incapacidad para conducir, o el uso de una ayuda de desplazamiento en particular. La gravedad de una discapacidad no confiere la elegibilidad. La comodidad y la conveniencia no son factores. La elegibilidad de Paratransit ADA se basa en el EFECTO que tiene una discapacidad en la habilidad del cliente para usar el ascensor y la rampa regulares de Transit MET equipado con un sistema de Bus de Ruta Fija.

Toda la información proporcionada se mantendrá confidencial. Si tiene alguna pregunta, Por favor llame al (406)657-8218.

Gracias por su cooperación,

Transit MET Servicios de Paratransit MET-PLUS



## A. Preguntas Generales Sobre La Discapacidad

Describe la discapacidad o discapacidades diagnosticadas por las que actualmente está tratando a esta persona:

---

---

---

---

---

Marque todo lo que corresponda

Es la discapacidad del paciente:

- ☐ Permanente      ☐ Estable      ☐ Progresiva      ☐ Temporal –  
¿Cuánto tiempo?  
Meses \_\_\_\_ Años  
\_\_\_\_\_

La discapacidad de su cliente:

- ☐ Afecta su movilidad      ☐ Afecta el juicio      ☐ Requiere el uso de una ayuda para desplazarse
- ☐ Requiere que tengan una ayuda cuando viajan fuera de su residencia  
(marcar esta casilla significa que el cliente no puede viajar seguro sin un PCA/Cuidador).

Puede su cliente:

A. ¿Caminar dos cuadras (600 pies) con ayuda para su desplazamiento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
B. ¿Subir tres escalones estándar sin ayuda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
C. ¿Permanecer de pie sin apoyo durante 15 minutos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
D. ¿Caminar o ponerse de pie sin dolor ni molestias debilitantes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
E. ¿Subir o bajar de un autobús de ruta fija equipado con un elevador o rampa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
F. ¿Reconocer las paradas y puntos de referencia correctos para completar un viaje?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
G. ¿Oír y entender información verbal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
H. ¿Leer y comprender letreros informativos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
I. ¿Planear un viaje en transporte público?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
J. ¿Comunicar información acerca de ellos mismos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

## B. Preguntas Especificas Sobre La Discapacidad

Por favor complete solo aquellas preguntas que correspondan al solicitante en esta sección.

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿El solicitante experimenta convulsiones?  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Está afectado el juicio del solicitante?  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Esta condición afecta la capacidad del solicitante para moverse independientemente afuera de su residencia o en un entorno supervisado? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Experimenta el solicitante alucinaciones, delirios o disociación?   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Esto evita que el solicitante sea orientado en persona, lugar y tiempo?   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

Describa cualquier desencadenante que pueda causar la manifestación de trastornos psicológicos.

---

---

---

---

---

---

---

Por favor describa las limitaciones funcionales causadas por este impedimento.

---

---

---

---

---

---

---

### C. Preguntas De Movilidad Y Seguridad

¿Tiene el solicitante una discapacidad visual que afecte su capacidad para desplazarse en el entorno?

☐ No ☐ Sí En caso afirmativo, Por favor explique:

---

---

---

---

---

¿Ha recibido el solicitante algún tipo de entrenamiento sobre orientación y movilidad?

☐ No ☐ Sí En caso afirmativo, Por favor explique:

---

---

---

---

Por favor enumere los efectos secundarios de los medicamentos que experimenta el solicitante que podrían afectar transportarlos de forma segura.

---

---

---

---

¿Le gustaría agregar algún comentario adicional sobre la capacidad funcional del solicitante?

---

---

---

---

---

---

#### **D. Declaración Del Proveedor**

Información del Proveedor		
Dirección	Teléfono	N° Fax
Ciudad	Estado	Código Postal
Proveedor UPIN # or Tax ID	Empleador/Agencia	

#### **Firma y Declaración del Proveedor**

Soy un proveedor médico con licencia o un proveedor de servicios calificado y certifico que la persona mencionada anteriormente tiene la discapacidad y las limitaciones antes indicadas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Proveedor (letra de imprenta)

**Parte 2 completada.**

### 3 Parte 3

#### Envíe Ambos Formularios Juntos

Complete la solicitud en su totalidad.  
Las solicitudes incompletas serán  
devueltas.

Asegúrese que todas las preguntas hayan sido contestadas y que las firmas requeridas estén en su lugar.

#### Envíe tanto la Solicitud de Elegibilidad como el Formulario de Verificación Profesional

Envíe por correo a: MET Transit MET-PLUS

1705 Monad Rd.

Billings, MT 59101

N° de fax: (406)657-8419

[metplus@billingsmt.gov](mailto:metplus@billingsmt.gov)

También puede presentar todos los formularios en persona a la dirección anterior, de lunes a viernes, de 8:00am - 5:00 pm o envíe los formularios por correo electrónico a [metplus@billingsmt.gov](mailto:metplus@billingsmt.gov)

Todas las solicitudes se procesarán dentro de los 21 días calendarios posteriores a la recepción del paquete completo y los solicitantes serán notificados por escrito de la determinación de elegibilidad de Transit MET.

#### Información adicional

Se le contactará si se requiere información adicional. Si es así, su aplicación seguirá siendo procesada dentro de los 21 días calendarios posteriores a la recepción. El transporte será proporcionado.

Gracias por completar la solicitud de Paratransit MET-PLUS.

Por favor, asegúrese de que todas las preguntas hayan sido contestadas, se hayan reunido todas las firmas y ambos formularios estén incluidos en su envío. Esperamos poder servirle.

Imprimir solicitud