

Por favor, conteste las siguientes preguntas en detalle. Sus respuestas nos ayudarán a determinar su capacidad para utilizar distintos tipos de transporte público.

1. ¿Eres capaz de viajar en un autobús de Cherriots Local?

Sí No A Veces No Lo Sé

a. ¿Qué limitaciones, funcional o condicional relacionada con la salud hacen que sea difícil o no le permite usar los autobuses de Cherriots Local?

b. Si los limitaciones están temporal, ¿cuánto tiempo se puede esperar que esto continuar? _____

c. ¿Cambia su condición de salud o discapacidad de día a día de una manera que afecta su capacidad para utilizar los autobuses de Cherriots Local?

Sí No A Veces No Lo Sé

Si respondió que "Sí" o que "No Lo Sé," explique por qué:

2. ¿Cómo viaja ahora a sus destinos frecuentes? Marque todo lo que corresponda.

Autobuses de Cherriots Cherriots LIFT Me manejo
 NEMT Alguien me maneja Taxi Otro: _____

3. ¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas o equipos de movilidad? Marque todo lo que corresponda.

Bastón Silla de Ruedas Eléctrica Scooter Eléctrico Muletas
 Bastón Blanco Silla de Ruedas Manual Oxígeno Portál
 Animal de Servicio Andador Otro: _____

4. Es usted competente en usar sus ayudas o equipos de movilidad?

Sí

No

5. ¿Tiene que acompañar un Asistente de Cuidado Personal (PCA) cuando viaja fuera de su casa (ejemplo: empujar su silla de ruedas, llevar su oxígeno, etc.)?

Sí

No

A Veces

6. Favor de marcar sí, no, o no está aplicable/no está seguro en las limitaciones que lo hacen difícil o que le previenen usted por usar los autobuses de **Cherriots Local**.

Habilidades y Capacidades de Viajar:

Sí

No

N/A,
N/S

Habilidades y Capacidades de Viajar:	Sí	No	N/A, N/S
¿Considera que su velocidad para caminar es "normal"; ni muy rápida ni muy lenta?			
¿Puede caminar de manera independiente o conducir su silla de ruedas ¼ de milla? <i>De lo contrario, ¿cuán lejos puede caminar/conducir su silla de ruedas?</i> _____			
¿Tiene la resistencia para completar de forma segura e independiente un viaje en autobús?			
¿Se mantiene estable al estar de pie y caminar?			
¿Puede subir de manera independiente tres escalones de 12"?			
¿Puede subir y bajar de los bordillos de las aceras?			
¿Puede caminar o subir y bajar con su silla de ruedas las rampas de los bordillos?			
¿Puede esperar afuera de manera independiente durante 15 minutos?			
¿Puede esperar en una parada de autobús sin un banco?			
¿Puede transitar sobre terreno moderadamente inclinado, subiendo o bajándolo?			
¿Puede viajar en superficies irregulares o estropeadas?			
¿Puede sujetar de manera independiente las manijas, pasamanos, monedas o boletos mientras aborda y sale de un autobús?			

Destrezas y habilidades para viajar (continuación)	Sí	No	N/A, N/S
¿Puede transferirse de su silla de ruedas o dispositivo de movilidad a un asiento en un vehículo?			
¿Puede detectar o sentir cambios en las superficies?			
¿Puede oír lo suficientemente bien para viajar de forma segura?			
¿Puede ver lo suficientemente bien para viajar de forma segura?			
¿Puede para viajar de forma segura e independiente teniendo memoria de corto plazo?			
¿Puede para viajar de forma segura e independiente teniendo memoria de largo plazo?			
¿Puede viajar de forma segura e independiente en un autobús de la ciudad?			
¿Puede mantener una conducta apropiada en público?			
¿Puede pedir, comprender, y seguir instrucciones?			
¿Puede reconocer destinos o puntos de referencia?			
¿Puede reconocer y responder ante situaciones peligrosas?			
¿Puede lidiar con situaciones o cambios inesperados de forma independiente y sin ayuda?			
¿Puede buscar, comprender y actuar sobre instrucciones para completar un viaje?			
¿Puede indicar una dirección y número de teléfono cuando se lo piden?			
¿Puede viajar de forma segura y efectiva a través de centros atestados o complejos?			
¿Puede cruzar calles de diferentes anchuras y con varios controles de forma segura?			
¿Puede encontrar y recordar información del sistema de tránsito?			
¿Puede caminar o cubrir con su silla de ruedas la distancia de su residencia a la parada de autobús más cercana?			
¿Cuál es la parada de autobús más cercana a su residencia?			

Destrezas y habilidades para viajar (continuación)	Sí	No	N/A, N/S
¿Puede localizar y reconocer el autobús correcto que debe tomar?			
¿Puede subirse y bajarse de un autobús de manera independiente cuando el autobús ha bajado el escalón (bajado al bordillo y usando una rampa)?			
¿Puede llegar a un asiento o área de seguro para silla de ruedas en un autobús de Cherriots Local?			
¿Puede orientarse al distinguir entornos familiares y no familiares?			
¿Puede manejar situaciones inesperadas?			
¿Puede viajar solo fuera de su casa?			

Destrezas y habilidades para viajar (continuación)	Sí	No	N/A, N/S
¿Puede leer, decir la hora, seguir un horario, o instrucciones que le permitan viajar de forma segura e independiente?			
¿Puede lidiar de forma adecuada con la nieve, el hielo, la lluvia, el calor, la humedad, el frío, la luz brillante, la luz baja, el ruido? (Encierre con un círculo las situaciones que no puede manejar.)			

5. ¿Alguna vez ha tenido entrenamiento o instrucción sobre cómo utilizar el autobús Cherriots Local? Sí No

a. **Si respondió "Sí,"** ¿qué persona o agencia proporcionó la formación?

b. ¿Quiere entrenamiento para usar un autobús Cherriots? Sí No

Certifico que la información en esta Evaluación de Transporte es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación de la información puede resultar en la negación de algunos servicios de elegibilidad para Cherriots LIFT. Entiendo que la información en esta evaluación será confidencial, y sólo la información necesaria para prestar los servicios para los cuales soy elegible será divulgada a los que realizan los servicios. Entiendo que se me puede pedir que proporcione información adicional necesaria para una adecuada determinación de la elegibilidad para los servicios de transporte informal.

Nombre de solicitante (favor de imprimir): _____

Firma de solicitante: _____ Fecha: _____

Firma de la persona que completó la solicitud, so no era el solicitante:

Nombre (favor de imprimir): _____

Relación con el solicitante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____ Email: _____

EL SIGUIENTE FORMULARIO

DEBE SER LLENADO POR SU

PROFESIONAL MÉDICO