



Para uso de oficina solamente  
 Date entered in DAC system \_\_\_\_\_ Staff \_\_\_\_\_  
 Date scanned to DAV system \_\_\_\_\_ Staff \_\_\_\_\_

Para uso de oficina solamente  
 Paid: \_\_\_\_\_  
 Staff Initials \_\_\_\_\_

# Dial-A-Van and Dial-A-Cab

## Solicitud de Estado Discapacitado



**Se cobrara \$5.00 procesamiento por solicitud.**

### Solicitante

*Por favor imprimir*

_____		_____	
Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento
_____		_____	
Dirección (No P.O. Boxes)	Apt/Unidad/Espacio #	Género: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
_____		_____	
Ciudad	Estado	Codigo Postal	Acompañante/Cuidador: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Mobility Status:  
 Ambulatorio  Bastón  Muletas  Scooter  Andadera  Silla de ruedas  Otro  \_\_\_\_\_

Discapacidades: Visión deteriorada  Auditiva  Otro  \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Numero de emergencia ( ): \_\_\_\_\_

Relación con el contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

*Yo certifico bajo penalización que esta solicitud es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender, y acepto divulgar esta información solo por propósitos estadísticos.*

_____	_____	_____
Firma de solicitante o tutor	Fecha	Teléfono

### Medico/Agencia (Completado por el medico del solicitante)

*Por favor imprimir*

**SECCIÓN I** El solicitante es elegible para el transporte para discapacitados a través de Dial-A-Ride debido a una discapacidad disfuncional del transporte: *(Marque todos los que correspondan)*

1.  Requiere el uso de silla de ruedas en la comunidad
2.  Dificultad significativa para subir o bajar de un autobús o tren estándar
3.  Dificultad para estar parado en un vehículo en movimiento
4.  Incapacidad para leer señales o símbolos de información
5.  Incapacidad para escuchar anuncios de conductores, operadores o asistentes en vehículos o instalaciones de transporte público

6.  Incapacidad para calificar para una licencia de conducir debido al número \_\_\_\_ de la sección II.
7.  Dificultad sustancial para utilizar eficientemente el transporte público sin un plan o diseño especial.

**SECCIÓN II** La verificación de disfunción en la sección I se debe a la siguiente discapacidad (Marque todos los que correspondan)

1.  a. La visión en el mejor ojo es 20/100 o menos después de la mejor corrección  
 b. El campo visual se contrae a diez grados o menos desde un punto de fijación o subtiende a un ángulo no mayor de 20 grados
2.  50% de pérdida auditiva bilateral no corregida por el uso de audífonos
3.  Deterioro e inestabilidad de musculo esquelético, como distrofia muscular, esclerosis múltiple, osteogenesis imperfecta, artritis severa de grado III terapéutico o estado anatómico III, o defecto espinal de clase IV o V.
4.  Discapacidad cardiovasculares de clase funcional III o IV o clase terapéutica c, d, o e.
5.  Discapacidad respiratoria de clase 3 o mayor
6.  Amputación o deformidad anatómica (debido a deficiencias vasculares o neurologías, perdida traumática de masa muscular o tendones, o evidencia radiológica de anquilosis ósea o fibrosa, subluxación articular) o inestabilidad de:  
 Ambas manos     Una mano y un pie     Una extremidad inferior en o por encima de la región del tarso
7.  Enfermedad neurológica debido a una disfunción cerebral o daño al sistema nervioso central, incluyendo la parálisis cerebral que resulta en una aberración de las funciones motoras.
8.  Parálisis, descoordinación o déficit motor funcional en cualquiera de las dos extremidades debido a una lesión cerebral, espinal o del nervio periférico, incluyendo paraplejia, cuadriplejia, hemiplejia, etc.
9.  Discapacidad mental/emocional que ha requerido hospitalización y/o el uso de medicamentos potentes que limitan sustancialmente la capacidad del solicitante para utilizar efectivamente los sistemas de transporte público.
10.  El retraso mental da como resultado una alteración del comportamiento adaptivo, con un coeficiente intelectual dos desviaciones estándar o más por debajo de la norma, o 72.
11.  Epilepsia (enfermedad de convulsiones) que implica un deterioro de la conciencia que ocurre con más frecuencia de una vez al mes a pesar del tratamiento prescrito.
12.  Otro - (especificar enfermedad médica y las consiguientes restricciones de movilidad): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
13.  El solicitante no tiene ninguna de las enfermedades anteriores y no es elegible

Certifico, bajo pena de perjurio, que esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y que tengo licencia del estado de California de: (marque uno)

- Medico     Consejero de rehabilitación     Trabajador Social Clinical (LCSW)     Psicólogo

He completado la solicitud marcando todas las discapacidades aplicables y recomiendo que la ciudad de Pico Rivera permita el estado de discapacitado del solicitante para Dial-A-Van

- Discapacidad temporal (mínimo de tres meses)     Discapacidad permanente  
 3 meses     6 meses     9 meses     12 meses     Otro (especificar)

**Medica Firma y Titulo**

**Fecha**

*La ciudad de Pico Rivera se reserva el derecho de tomar una determinación final de elegibilidad en caso de disputa. Estas aplicaciones son solo para uso interno y no estarán sujetas a revisión pública.*

**POR FAVOR DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A:  
PICO RIVERA SENIOR CENTER, 9200 MINES AVENUE, PICO RIVERA, CA 90660  
(562) 948-4844 - Attention: Natalie Glasman**

**\*Solicitante DEBE venir a tomar foto en persona.\***