



Hon. Bernardo "Betito" Márquez García  
Alcalde

Gobierno de Puerto Rico  
Municipio Autónomo de Toa Baja  
Departamento de Planificación, Infraestructura  
y Desarrollo Económico

**Movilidad Urbana – Programa Movimiento A Tu Alcance**



## SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD (Sección I)

Favor de escribir en letra de molde o maquinilla.

Nombre			
	Apellidos	Nombre	Inicial
Dirección Física			
Dirección Postal			
Cuidad		Zip Code	
Teléfono Residencia		Trabajo	
Fecha de Nacimiento		Seguro Social	
	Día / Mes / Año		

En caso de emergencia, indique a quién debemos llamar

Nombre	
Dirección	
Teléfono	
Relación	

**ATENCIÓN:**

*Debe considerar su incapacidad física o mental y cómo ésta puede variar por otras condiciones como el clima, adiestramiento para viajar (que esté entrenado para usar el sistema de ruta regular para viajar de un lugar a otro independientemente) ... etc. Marque con una **X** las oraciones que más le apliquen en la próxima página. Esto es para identificar cómo usted podría usar el sistema de ruta fija. **Cualquier persona que brinde información falsa o tenga conocimiento de algún individuo que brinde información falsa en su solicitud podrá ser sancionada bajo las leyes estatales y federales.** Como consecuencia de esto, el individuo podrá perder su elegibilidad para los servicios de los "trolleys".*

**Parte I. ¿En qué ocasiones no puede utilizar el servicio de “trolley” o machina?**

*(Marque con una X donde aplique)*

- Puedo utilizar el “trolley” para algunos viajes, pero en ocasiones me encuentro con barreras que impiden que haga uso de éste.
- No puedo abordar, viajar o bajarme del “trolley” en la parada.
- No puedo reconocer las paradas para abordar o bajarme del “trolley” en cualquier momento que quiera viajar.
- Tengo dificultad para recordar el camino hacia el “trolley” y de regreso a casa.
- Tengo una condición visual que me impide encontrar el camino hacia el “trolley” y de regreso a casa.
- Solo puedo llegar a las paradas si no se encuentran a la distancia y el camino se encuentra libre de barreras (cuando existen rampas).
- Puedo utilizar el “trolley”, pero no hay rampas en el camino que me conduce a las paradas del “trolley”.
- La severidad de mi condición cambia día a día. Sólo puedo viajar en el “trolley” cuando mi condición física mejora.
- Nunca puedo viajar solo(a).
- Padezco de otras condiciones que me impiden usar la ruta fija aun cuando estén equipadas. (Por favor explique en detalle)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Padezco de otras condiciones que evitan el que pueda utilizar el sistema de ruta fija equipado con rampas. (Por favor explique en detalle)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- No puedo esperar en la parada del “trolley” por más de minutos porque  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A. ¿Es su impedimento permanente o temporero?**

\_\_\_\_\_ Permanente

\_\_\_\_\_ Temporero      ¿Hasta cuándo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No lo sé

**Parte II. Equipo para Personas con Impedimentos**

Escriba la **S** cuando utilice el equipo siempre, la **P** cuando utilice el equipo parcialmente o la **N** si no lo utiliza.

**Utilizo el siguiente equipo:**

_____ Silla de ruedas manual	_____ Bastón para personas ciegas
_____ Silla de ruedas eléctrica	_____ Perro guía
_____ Motora de 3 ruedas (Scooter)	_____ Prótesis
_____ Muletas	_____ Abrazadera
_____ Andador	_____ Audífono
_____ Bastón para apoyarse	_____ Oxígeno/Ventilador o Respirador
_____ Otro (Explique) _____	

**Necesito ayuda del personal de cuidado médico al usar el servicio.**      \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**Parte III. Habilidades Funcionales**

**A. Sin ayuda de otra persona, yo puedo...**

- subir y bajar tres escalones si hay pasamanos a ambos lados.  
 Siempre  A veces  Nunca  No estoy seguro(a)
- usar un teléfono para obtener información.  
 Siempre  A veces  Nunca  No estoy seguro(a)
- cruzar la calle si hay rampas en las aceras.  
 Siempre  A veces  Nunca  No estoy seguro(a)
- esperar 10 minutos en una parada que no tiene asientos o cobertizo.  
 Siempre  A veces  Nunca  No estoy seguro(a)
- subir o bajarme a una acera.  
 Siempre  A veces  Nunca  No estoy seguro(a)

**B. ¿Las condiciones del tiempo o la calidad del aire afectan su habilidad para viajar y utilizar el “trolley”?**

\_\_\_\_\_ Sí      Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ No

**Parte IV. Información Adicional**

Para que el municipio pueda evaluar su elegibilidad, sería de gran ayuda para nosotros poder hacer contacto con algún profesional que esté familiarizado con su condición y sus habilidades funcionales.

_____	_____
Nombre del profesional especializado	Especialidad del médico
_____	_____
Dirección	Número telefónico

De necesitar la ayuda de un **Asistente Personal**, entiéndase su tutor, persona de cuidado médico o la persona que siempre viaja con usted, indique la siguiente información.

Nombre \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_

**Por la presente certifico que la información anterior es correcta. Autorizo a que se complete la Sección II y que ésta sea utilizada por el Programa Movimiento A Tu Alcance para determinar mi elegibilidad para este servicio.**

_____	_____
<b>Nombre del solicitante</b>	<b>Fecha</b>
_____	
<b>Nombre del tutor o guardián legal</b>	
_____	
<b>Relación con el solicitante</b>	



Hon. Bernardo "Betito" Márquez García  
Alcalde

Gobierno de Puerto Rico  
Municipio Autónomo de Toa Baja  
Departamento de Planificación, Infraestructura  
y Desarrollo Económico

**Movilidad Urbana – Programa Movimiento A Tu Alcance**



## VERIFICACIÓN MÉDICA

### Instrucciones para el médico

*Favor llenar en letra de molde*

Deberá evaluar la capacidad funcional del solicitante y proveer información necesaria para verificar si cualifica para nuestro servicio complementario. La Ley Federal requiere que el Municipio de Toa Baja provea servicio a las personas que no pueden usar el servicio de ruta fija, aún cuando los mismos tengan rampa. La información que requerimos nos ayudará a evaluar mejor las necesidades específicas del solicitante.

Es necesario que describa todas las condiciones que tiene el solicitante y cómo éstas limitan su movilidad, si el solicitante puede determinar dónde puede abordar y bajar de un autobús. Los recursos de este programa son limitados y su evaluación debe estar basada en las habilidades que tenga el solicitante para el sistema de ruta fija. Su información se considerará sólo por la incapacidad y no por la edad o situación económica del solicitante. Sea preciso en su evaluación. Información falsa podrá resultar en limitaciones de servicio para aquellas personas legítimamente cualificadas y podría ser sancionado bajo las leyes estatales y federales.

Cordialmente,

Programa Movimiento A Tu Alcance

Esta página fue dejada en blanco a propósito.



Hon. Bernardo "Betito" Márquez García  
Alcalde

Gobierno de Puerto Rico  
Municipio Autónomo de Toa Baja  
Departamento de Planificación, Infraestructura  
y Desarrollo Económico  
**Movilidad Urbana**



## CERTIFICACIÓN MÉDICA (Sección II)

**Atención: Esta sección debe ser completada por el médico que trata su impedimento. Por ejemplo: Ceguera – Oftalmólogo, Paraplejía – Neurólogo, Diabetes Crónica – Endocrinólogo o de Medicina Interna, Fracturas – Ortopeda.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

### MOVILIDAD FUNCIONAL

**1. El solicitante puede caminar a una parada sin ayuda:**

1/4 milla	_____ Sí	_____ No	_____ A veces
1/2 milla	_____ Sí	_____ No	_____ A veces
3/4 milla	_____ Sí	_____ No	_____ A veces

**2. Puede subir una escalera usando pasamanos si la escalera posee:**

# \_\_\_\_\_ escalones      \_\_\_\_\_ no aplica

**3. Puede esperar afuera en una parada o estación de "trolley":**

\_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No      \_\_\_\_\_ A veces

¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**4. Equipo que debe usar esta persona para caminar o trasladarse de un lugar a otro:**

_____ Silla de ruedas manual	_____ Bastón para personas ciegas
_____ Silla de ruedas eléctrica	_____ Perro guía
_____ Motora de 3 ruedas (Scooter)	_____ Prótesis
_____ Muletas	_____ Abrazadera
_____ Andador	_____ Audífono
_____ Bastón para apoyarse	_____ Oxígeno/Ventilador o Respirador
_____ Otro (Explicar) _____	

**5. ¿Las condiciones del tiempo afectan de alguna manera la incapacidad del solicitante? Si es afirmativo por favor explique.**

\_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No

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

Iniciales del médico \_\_\_\_\_  
Página **7** de **10**

**6. El solicitante puede:**

- a. ¿Dar su dirección y número de teléfono cuando se requiere?  Sí  No
- b. ¿Reconocer calles y números?  Sí  No
- c. ¿Firmar?  Sí  No
- d. ¿Manejar situaciones inesperadas?  Sí  No
- e. ¿Preguntar y entender direcciones?  Sí  No
- f. ¿Ser adiestrado para utilizar la ruta fija?  Sí  No
- g. ¿Caminar a través de un grupo de personas en áreas complejas?  Sí  No

**7. Por favor provea su diagnóstico de la condición del solicitante. Favor de escribir en letra de molde.**

---

---

---

**8. ¿Tiene la persona un impedimento o incapacidad temporera?**

Sí  No  
Si es afirmativo, indique por cuánto tiempo

---

**9. ¿Tiene el solicitante un impedimento permanente (no se espera mejoría)?**

Sí  No

**10. Mencione cualquier barrera física o ambiental que ha cambiado el impedimento primario de la persona y que evita que utilice el sistema de ruta fija.**

Atención: Las barreras físicas o ambientales pueden incluir ruido excesivo, terreno desconocido, rótulos en las paradas, condiciones del tiempo, etc.

---

---

Iniciales del médico \_\_\_\_\_



**11. ¿El impedimento primario que tiene el solicitante le evita utilizar el sistema de ruta fija del “Trolley”?**

\_\_\_\_\_ Sí                      \_\_\_\_\_ No

Si la pregunta #11 es afirmativa, marque con una X todas las condiciones que tiene la persona. La Columna 1 representa lo relacionado al deterioro fisiológico, la Columna 2 indica cuando ha sido afectado algún sistema del cuerpo.

**COLUMNA 1**

**COLUMNA 2**

- \_\_\_\_\_ Musculo esqueletal
- \_\_\_\_\_ Neuromuscular
- \_\_\_\_\_ Distrofia Muscular
- \_\_\_\_\_ Epilepsia
- \_\_\_\_\_ Esclerosis Múltiple
- \_\_\_\_\_ Neurosensorial
- \_\_\_\_\_ Órganos Sensitivos
- \_\_\_\_\_ Visual
- \_\_\_\_\_ Habla (Atosia)
- \_\_\_\_\_ Audición
- \_\_\_\_\_ Pulmonar o respiratorio
- \_\_\_\_\_ Bronquitis
- \_\_\_\_\_ Asma

- \_\_\_\_\_ Cardiovascular
  - \_\_\_\_\_ Sistema Linfático
  - \_\_\_\_\_ Sistema Endocrino
  - \_\_\_\_\_ Tratamiento Inducido
  - \_\_\_\_\_ Terapia Radiación
  - \_\_\_\_\_ Quimioterapia
  - \_\_\_\_\_ Diálisis Renal
  - \_\_\_\_\_ Diabetes
  - \_\_\_\_\_ Otros (Explique)
- 

**12. Deterioro cognoscitivo o fisiológico (marque todos los que apliquen)**

- \_\_\_\_\_ Retardación Mental
- \_\_\_\_\_ Síndrome Orgánico Cerebral
- \_\_\_\_\_ Otros (Explique) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Enfermedad Mental o Emocional
- \_\_\_\_\_ Problemas de Aprendizaje

\_\_\_\_\_  
**Nombre del médico en letra de molde**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Número de licencia**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Dirección y Teléfono**