

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
Gobierno Municipal de Jayuya  
Departamento de Programas Federales  
Apartado 488  
Jayuya, Puerto Rico 0064

**Solicitud para Certificación de Elegibilidad  
(Sección I)**

Escriba en letra de molde o maquinilla

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre Inicial

Dirección Física: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_ 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 apliquen en la próxima página. Esto es para identificar cómo usted podría usar el sistema de ruta fija. Cualquier persona 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 del programa "Trolley Bus".

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
Gobierno Municipal de Jayuya  
Departamento de Programas Federales  
Apartado 488  
Jayuya, Puerto Rico 0064

**Describa su condición:**

**Parte I. ¿En qué ocasiones no puede utilizar el servicio de Trolley o Machina?**

**(Marque con una X donde aplique)**

Puede utilizar el Trolley para algunos viajes, pero en ocasiones me encuentro con barreras que impiden que haga uso del mismo.

\_\_\_\_\_ 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 hay rampas en el camino que no me conducen a las paradas del Trolley.

\_\_\_\_\_ La severidad de mi condición cambia día a día. Solo puedo viajar en el Trolley cuando mi condición física mejora.

\_\_\_\_\_ Nunca puedo viajar solo.

\_\_\_\_\_ Otras condiciones que me impiden usar la ruta fija aún cuando estén equipadas. (Por favor explique en detalle).

---

---

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
Gobierno Municipal de Jayuya  
Departamento de Programas Federales  
Apartado 488  
Jayuya, Puerto Rico 0064

\_\_\_\_\_ Otras condiciones que eviten el que pueda utilizar el sistema de ruta fija equipado con rampas. (Por favor explique en detalle)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No puedo esperar en la parada de Trolley por más de \_\_\_\_\_ minutos porque: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ **Permanente**

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

\_\_\_\_\_ **No lo sé**

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

**Utilizo el siguiente equipo:**

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

\_\_\_\_\_ 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                      \_\_\_\_\_ Oxígeno/ Ventilador o  
Respirador

\_\_\_\_\_ Otro (Explique)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
Gobierno Municipal de Jayuya  
Departamento de Programas Federales  
Apartado 488  
Jayuya, Puerto Rico 0064

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...**

1. subir y bajar escalones si hay pasamanos a ambos lados.

Siempre  A veces  Nunca  No estoy seguro

2. usar un teléfono para obtener información.

Siempre  A veces  Nunca  No estoy seguro

3. cruzar la calle si hay rampas en las aceras.

Siempre  A veces  Nunca  No estoy seguro

4. esperar 10 minutos en una parada que no tiene asientos o cobertizo.

Siempre  A veces  Nunca  No estoy seguro

5. subir o bajarme a una acera.

Siempre  A veces  Nunca  No estoy seguro

**B. ¿Las condiciones del tiempo o la calidad del aire afecta su habilidad para viajar y utilizar el Trolley?**

\_\_\_\_\_ Sí Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
Gobierno Municipal de Jayuya  
Departamento de Programas Federales  
Apartado 488  
Jayuya, Puerto Rico 0064

**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<br>Letra de Molde | Firma del Profesional Especializado |
| Especialidad del Médico                                | Especialidad del Médico             |
| Dirección  | Dirección                           |
| Número de Teléfono                                     | Número de Teléfono                  |

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, que esta sea utilizada por el Programa de Trolebús para determinar mi elegibilidad para este servicio.**

\_\_\_\_\_  
Firma Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Tutor o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Relación con Solicitante