

**Candidatos, por favor saque copias de las primeras 5 páginas para sus archivos, ya que contienen información sobre las pólizas y procedimientos de nuestro programa del acceso al trabajo.**



**SERVICIOS DE TRANSPORTE PARA EL ACCE** Albuquerque **SO AL TRABAJO**  
Area Metropolitana de Albuquerque

*La misión de Servicios de Transporte para el Acceso al Trabajo es de crear y mantener servicios de transporte que lleven a las personas que reciben ayuda de gobierno y otras personas de bajos recursos*

**Informacion de Contacto**

Horas: Lunes – Viernes 9am - 5pm

Teléfono : (505) 724-3623 Fax: (505) 247-1753 A la atención: Acceso al Trabajo correo electrónico: JAccess@mrcognm.gov

**Dirección física:** 809 Copper Ave., NW Albuquerque, NM 87102

**Dirección postal :** Job Access Program, 809 Copper Ave., NW Albuquerque, NM 87102

**Servicios de Transporte**

Los servicios Taxi Cab provén servicios a clientes del Acceso al Trabajo que no puede llegar a su trabajo utilizando la transportación publica ya sea por limitaciones o a falta de opciones de transporte público. Clientes pagan \$1.00 a \$2.00 en efectivo por una tarifa de viaje (basado en una escala) por cada viaje de ida o vuelta con un medidor de \$20.00 o menos. Si el medidor final es más de \$20.00 el cliente paga la diferencia, mas el \$1 a \$2 de tarifa de viaje. Para los clientes primerizos de Acceso al Trabajo las tarifas están cubiertas por los primero 60 días. El servicio está disponible los residentes del Condado de Bernalillo que trabajan en el sur del Condado Sandoval específicamente Rio Rancho, Corrales y Bernalillo. Área de servicio: Condado de Bernalillo, excluyendo reas del Este de Carnuel y Oeste del Casino y Hotel Route 66.

**ADA- Servicio de Taxi y para transito**

Provee transportación a clientes certificados de Acceso al Trabajo que cumple con los requisitos de ingreso federales y no pueden acceder su empleo utilizando el transporte público ya sea por limitaciones o a falta de opciones de transporte público a causa de/o por su discapacidad o discapacidades. Personas con discapacidades que no puedan usar en tránsito publico a causa de su discapacidad son elegibles para el Taxi ADA y servicio para transito. Servicio disponible para: Condado de Bernalillo, excluyendo áreas; Este de Carnuel y Oeste del Casino y Hotel Route 66. Residentes del Condado de Bernalillo que trabajan en el sur del Condado de Sandoval específicamente en Rio Rancho, Corrales y Bernalillo.

**ABQ Ride- Pase de Oro (pase mensual)**

Un pase mensual de oro- ABQ Ride-Gold Pass está disponible a los clientes que pueden acceder el transporte público por una porción de sus trabajo, actividades; solamente si el individuo es un cliente aprobado por Acceso al Trabajo. Un pase de camión será dado a los clientes de Acceso al Trabajo cada mes y SOLAMENTE disponibles para Rio Metro RTD clientes de taxi. Área de Servicio: Área de servicio de ABQ Ride.

**Obligaciones del Titulo VI**

Servicios de Transporte para el Acceso al Trabajo y Rio Metro RTD están comprometidos a cumplir con las obligaciones del Titulo VI. Nosotros no discriminamos en base a color, raza o origen en proporcionar el servicio. Para obtener mas información de nuestras obligaciones no discriminatorias, (505) 247-1750 para hacer una queja de Titulo VI en Rio Metro RTD, 809 Copper Ave, NW, Albuquerque, NM 87102.

**Su Privacidad**

La información proporcionada a Rio Metro RTD es usada para determinar su elegibilidad o continuar siendo elegible para el programa de Transporte para Acceso al Trabajo. Esta información verifica que cumpla con los requisitos del programa y nos ayuda a organizar el programa.

## Informacion del Programa de Aplicación

Para ser considerado para estos servicios, la aplicación debe estar completa. Todos los siguientes documentos debe ser entregados en 30 días después de haber entregado la aplicación inicial a Acceso al Trabajo, si no se entregan los documentos la aplicación sera rechazada. La aplicaciones deben ser entregadas por: correo, en la oficina, fax o correo electrónico.

### Lista del Aplicante:

- Yo he leído las pólizas y procedimientos.
- Yo he dado la prueba de ingreso de todos los miembros de la familia en casa.

**1. Ingreso ganado** - Yo he adjuntado la documentación de cada miembro que recibe ingresos ganados or beneficios.

- Documentos de salarios y sueldos: (entregue uno de los siguientes)
  - 2 talones de cheques consecutivos.
  - Carta del empleador(con el encabezado de la compañía) que conste las horas de trabajo por semana, pago por hora y fecha de inicio de trabajo del empleado.
  - Una copia de los impuestos de año pasado.
- Beneficios recibidos (entregue uno de los siguientes)
  - Carta mas reciente de los beneficios otorgados de la largo plazo y/o beneficios de la union.
  - Estados de cuenta del banco mensuales que incluyan los beneficios no ganados recibidos.

**2. Ingreso no ganado**- Yo he adjuntado la documentación como prueba para cada miembro que recibe beneficios nos ganados.

➤ **Proporcionar cartas de otorgaron de los siguientes beneficios no ganados.**

TANF/SNAP Administracion de Veteranos	Compensacion de deseempleo Seguro Social	Interes/Dividendos Ganancias de Capital Propiedades de Renta.	Pension/ Manutencion de hijos Retiro de Empleados Publicos Compensacion de Trabajadores
---	--	---	---

**3. No Ingreso**— El aplicante solo debe presentar lo siguiente:

- Si es nuevo en su trabajo el supervisor debe dar un carta con el encabezado de la compañía constando el status de su empleo.
- He proporcionado prueba de identificación vigente/actual:
  - Licencia de Conducir Vigente/actual o Tarjeta de Identificacion I.D.
- He proporcionado prueba actual de direccion fisica:
  - Mi prueba de ingreso o prueba de identificación tiene mi dirección física actual, por lo tanto no necesito mas documentos.
- O**
- Proporcionar una de las siguientes:
  - Carta de la agencia de recursos humanos (albergue, casa de transicion, etc)
  - Recibo de hotel
  - Recibo de servicios/utilidades con el nombre del alicante y direccion.
- Yo califico para ADA y he completado y entregado lo siguientes documentos
  - Aplicacion de ADA y Forma de Verificación Medica.
- COMPLETADA y FIRMADA la aplicación del Aceso al Trabajo

### Informacion de Contacto

Direccion fisica y postal:	<b>Fax</b>	<b>Telefono</b>	<b>Apelaciones. Si usted esta en desacuerdo con la decision de su elegibilidad, usted puede apelar dentro de los siguientes 60 dias después de la carta de notificaron de su elegibilidad. Instrucciones de como apelar entan en su carta de notificacion y tambien en la pagina 5 de estas pólizas y procedimientos.</b>
Programa de Acceso al Trabajo(Job Access Program) 809 Copper Ave., NW Albuquerque, NM 87102	(505) 247-1753	(505) 724-3623	
	<b>Email:</b> JAccess@mrcog-nm.gov		



Nombre del empleador :

Direccion fisica del trabajo:

**Horario de Trabajo**

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo
Entrada:							
Salida:							

**Información de Transportacion**

1. Ha recibido transportation por parte de Servicios de Transporte para Acceso al Trabajo :  
SI NO (marque una)

Si sí, ultima fecha de servicio: (mes/ año)

2. Yo estoy pidiendo transporte de: (marque todas las que apliquen)

Casa al Trabajo

Trabajo a Casa

Casa al cuidado de niños luego al trabajo

Trabajo a cuidado de niños luego al trabajo

a. Su hijo/a es menor de 5 años? SI NO

b. Si sí, nombre de la escuela pre-escolar o guarderia :

c. Direccion de la escuela pre-escolar o guarderia:

3. Puede utilizar el servicio de ABQ Ride para un viaje redondo o solo de ida o de vuelta para llegar a sus actividades de trabajo u otras? Por favor explique.

4. Tiene usted un pase mensual del camion: SI NO (marque una)

a. Si sí, su pase se le fue dado por otra organización: SI NO (marque una)

b. Si sí, nombre de la organizacion:

5. Estaria interesado en recibir una bicicleta para ayudarle en su transportación? SI NO (marque una)

6. Tiene usted alguna tipo de discapacidades que le impidan usar el transporte publico por su cuenta: SI NO (marque una)

Si sí, por favor explique.

## Ingreso de la familia

**Miembros de la familia en casa= Incluyen niños, parejas, sobrino(a)s y alguien aunque no familiar de sangre que haya vivido en la casa por un año.** También incluye niños que no vivan en la casa que usted este pagando manutencion.

**Ingreso= Ingreso ganado y no ganado. Vea Información del Programa de Aplicacion ( pag#2 del paquete) para una descripción detallada de ingreso ganado y no ganado. Provea toda la documentación acerca de su ingreso ganado y aun no ganado.**

Nombres de los Miembros de la Familia en Casa (incluyéndole a usted)	Relacion	Ingreso del miembro de la familia en casa (marque una)		
		Ingreso	No Ingreso <input type="checkbox"/>	Niño (menor de 18)
Ejemplo: John/Jane Doe	Yo			
1).				
2).				
3).				
4).				
5).				
6).				
7).				

Yo entiendo que debo proveer prueba de identificación (I.D) prueba de ingreso y de dirección mia. Al igual que pruebas de ingreso ya sea ganado o no ganado de todos los miembros de mi familia en casa. Adicionalmente, yo se que Rio Metro Distrito Regional de Transito no revisara mi aplicación hasta que toda la documentación sea entregada.

\_\_\_\_\_ (iniciales)

### Certificacion y consentimiento del aplicante:

Yo certifico que esta aplicación esta completa en base a mi mejor conocimiento con información completa y certera. Yo entiendo que cualquier falso testimonio o una omisión de información relevante a mi elegibilidad de la asistencia seria considerada fraude. Esto podria causar mi eliminacion del programa. Ademas, yo entiendo que la asistencia es contingente a la disponibilidad de fondos.

Yo autorizo a Rio Metro Distrito Regional de Transito revelar con los proveedores de transporte la siguiente información individual identificable conmigo: domicilio, trabajo o direcciones relacionadas con el trabajo, guarderia/cuidado de niños y mi numero de telefono.

Yo he leído y estoy de acuerdo con las pólizas y procedimientos de Rio Metro Distrito Regional de Transito. Yo entiendo que el usar los Servicios de Transporte para Acceso al Trabajo es un privilegio y que perdería este privilegio si no sigo las pólizas y procedimientos.

**Firma del Aplicante: X**

**FECHA:**

# Servicios de Transporte en Taxi Rio Metro

## Polizas y Procedimientos

### Servicio de Taxi

#### Periodo del Beneficio :

Elegibilidad es por seis (6) meses aprobados durante la decisión inicial. Si el cliente no ha utilizado el servicio dentro de sesenta (60) días desde la decisión/aprobación inicial, se asumirá que el cliente ya no necesita el beneficio y los servicios serán cancelados. Arreglos especiales son hechos para clientes a los cuales el servicio esta retrasado y no son regulares. Entonces, por favor notificar a un representante de Acceso al Trabajo si esto es su caso y el plazo de seis (6) meses será aplicado.

\_\_\_\_\_ (iniciales)

---

#### Re-Certificacion:

Clientes serán notificados por correo treinta (30) días previos al final del beneficio. Si el cliente todavía necesita el servicio de transporte la aplicación de re certificación y prueba actual de ingreso de los miembros de la familia es necesario para determinar la elegibilidad de continuar con el servicio. Si el cliente continua siendo elegible para el programa él/ella recibir seis (6) meses adicionales; que significa que el cliente puede utilizar los servicios hasta por un año. Si el cliente ya no califica, él/ella será notificado(a) del último día de servicio.

Es la responsabilidad del cliente entregar la documentación antes de la fecha límite o la fecha dictada por el agente de Acceso al Trabajo. Si la documentación de re-certificación no es recibida antes de la fecha límite, los servicios serán discontinuado y el cliente no será elegible para los seis (6) meses de servicio.

\_\_\_\_\_ (iniciales)

---

#### Mantener tus Rutas al Día:

- Aprobación de servicios de taxi son limitados
- Clientes deben contactar a Transportación de Acceso al Trabajo cuando su dirección cambie ya sea de casa o actividades de Acceso al Trabajo. Clientes deben contactar a Transportación de Acceso al Trabajo 24 horas antes de un cambio de ruta para obtener aprobación. El representante de Acceso al Trabajo le notificara si el proveedor de taxi y el estado de la solicitud de ruta del cliente.
- Máximo dos (2) rutas por cliente. Solicitudes especiales necesitan deben hacerse al representante de Acceso al Trabajo para rutas adicionales.

#### Programando Paseo/Ruta:

Clientes pueden empezar a programar su paseo o ruta, solo después de que un representante de Acceso al Trabajo haya confirmado que usted fue aprobado y agregado a "Ridership". Para programar un servicio de taxi hable al proveedor de taxis de su preferencia: **zTrip (505) 247-8888 o ABQ Green Cab (505) 243-6800.** Paseos deben ser programados por lo menos dos (2) horas antes de que lo necesite. Si programa un paseo con anticipación, verifique con el proveedor de taxi dos (2) horas antes de la hora de recogerle. Si un proveedor de taxi no puede llevarlo a su destino a la hora que lo necesite puede hablar a otro proveedor de taxi. No programe un viaje con diferentes proveedores de taxi para la misma hora. Esto puede resultar en que no vayan y afecte sus servicios.

#### Tarifas de Taxi:

Clientes pagan \$1.00 a \$2.00 en efectivo por una tarifa de viaje (basado en una escala) por cada viaje de ida o vuelta con un medidor de \$20.00 o menos. Si el medidor final es más de \$20.00 el cliente pagan la diferencia, mas el \$1 a \$2 de tarifa de viaje. Para los clientes primerizos de Acceso al Trabajo las tarifas están cubiertas por los primero 60 días.

\_\_\_\_\_ (iniciales)



### Apelar un No Show:

Si no fue su culpa no presentarse o cancelar a tiempo, puede llamar al Servicio al Cliente de Rio Metro para explicar lo sucedido. También tiene el derecho de apelar o disputar cualquier decisión de no presentación.

\_\_\_\_\_ (iniciales)

### Quejas y cumplidos:

Rio Metro RTD puede ayudarlo a presentar una queja o un cumplido. Tan pronto como sea posible después del evento, escriba toda la información necesaria para investigar su queja y un resumen del incidente, luego comuníquese con el Servicio al Cliente de Rio Metro al (866) 795-7245 (de lunes a viernes de 5 am A 10 pm.), O en persona en 809 Copper Ave NW, Albuquerque, NM, 87102 (de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.). Las quejas serán atendidas por llamada telefónica, carta o correo electrónico dentro de los 14 días posteriores a la recepción de la queja. Si los participantes necesitan ayuda inmediata con su viaje, comuníquese con el personal de Acceso al trabajo al (505) 724-3623 (de lunes a viernes, de 8 am. A 5 pm.) \_\_\_\_\_(iniciales)

## Conducta y responsabilidades del participante

### La discontinuación de beneficios del Transporte para el Acceso al Trabajo antes del periodo de beneficio:

Los servicios al cliente serán discontinuados antes de que el periodo de beneficios termine por las siguientes razones:

- Violar las Pólizas y Procedimientos del Programa de Acceso al Trabajo.
- Proporcionar información falsa o esconder información para obtener beneficios del programa del Acceso al Trabajo.
- El cliente no ha utilizado los servicios dentro de los primeros sesenta (60) días y no ha respondido a la carta de un representante de Acceso al Trabajo.

**Responsabilidades del Cliente:** como un cliente de Acceso al Trabajo, por favor coopere con el conductor y cualquier personal en todo momento. Es la responsabilidad del cliente de:

- No actuar o hablar abusivamente de Distrito Regional de Transito Rio Metro (Rio Metro Regional Transit District) ABQ Ride, NMRX o proveedores de taxi o otros clientes.
- Seguir las regulaciones y reglas de Acceso al Trabajo, zTrip.

**Derechos de los Clientes:** El cliente del Acceso al Trabajo :

- Ser tratado con respeto y cordialmente.
- Ser recogido y regresado a su casa seguro y de manera oportuna.
- Expresar sus quejas o preocupaciones al representante de Acceso al Trabajo.

**Proceso de Apelación:** Para individuos que pidan un extensión o quieren apelar una aplicación o re-certificación usted puede enviar una carta de apelación a **Rio Metro Regional Transit District, Job Access Program, 809 Copper Ave. NW, Albuquerque, NM 87102**, que incluya la siguiente información:

- Fecha de la solicitud
- Nombre completo del cliente solicitando la apelación.
- Dirección de correo y física vigente, si es que son diferentes.
- Numero de teléfono
- Explicación de las circunstancias y la razón de la apelación.

Yo he leído y estoy de acuerdo con las pólizas y procedimientos de Distrito Regional de Transito Rio Metro. Yo entiendo que usar los servicios de transportación de Acceso al Trabajo es un privilegio y lo perderé si no sigo las pólizas y procedimientos. \_\_\_\_\_(iniciales)

Firma del candidato \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_





**RIO METRO**  
REGIONAL TRANSIT DISTRICT

## APLICACION DE ADA TAXI Y PARATRANSITO

Personas con discapacidades pueden ser elegibles para el uso del taxi ADA o servicios para tránsitos si cumple con uno de los siguientes requisitos, en conjunto con JARC- requisitos de ingreso federales:

- Si la discapacidad de la persona le impide llegar a la estación o parada en un punto de transporte.
- Si la discapacidad de la persona le impide acaezar, subir o bajar del vehículo de transporte aun con una rampa en un camión equipado.
- Si la discapacidad de la persona le impide reconocer el área de salida o su destino una vez que este en el vehículo.
- Si la discapacidad de la persona no le permite negociar traslados o conexiones, si hay alguna en la ruta de transporte.

### Autorización para liberar información medica

**Autorización del candidato:**

Nombre completo (letra de molde): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Firma del candidato:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Por favor proveer el nombre y número de teléfono de alguien a quien pueda llamar en el caso de una emergencia.

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Relación con usted:** \_\_\_\_\_

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

### Información Medica

**Mi discapacidad me impide: (marque todas las que apliquen)**

- Caminar
- Usar el transporte público por mi cuenta

**Por favor explique la discapacidad:** \_\_\_\_\_

Esta condición es permanente \_\_\_\_\_ o temporaria \_\_\_\_\_?

(marque una)

Si es temporaria cuand estima que durara? \_\_\_\_\_

Utiliza ayudas/aparatos para moverse (Circule una )SI / NO

**Si sí, por favor explique :** \_\_\_\_\_

Por la presente yo entiendo que para poder ser elegible para usar el servicio ADA para transito, yo debo tener una discapacidad que me me impida ysar el camión o el tren independientemente. Yo estoy de acuerdo que cualquier información dada a Rio Metro Distrito Regional de Transito que sea materialmente falso o engañoso, Rio Metro Distrito Regional de Transito tendrá el derecho de reconsiderar mi elegibilidad para ADA y servicios para tránsitos. Yo certifico que la información dada arriba es correcta. Yo entiendo que Rio Metro Distrito Regional de Transito puede contactar a mi profesional de la salud.

**Firma del Candidato:** \_\_\_\_\_

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



**VERIFICACION MEDICA PARA TAXI ADA Y SERVICIOS PARA TRANSITOS**

Es necesario que un profesional médico con licencia ( no un pariente o amigo) que te consulte regularmente complete esta sección de la aplicación. Esta persona puede ser un enfermera registrada, trabajador social, doctor, terapeuta medico, psicólogo, terapeuta ocupacional, quiropráctico, patólogo del habla, asistente de doctor, enfermero o consejero de salud mental empleado por una clínica médica.

**AVISO IMPORTANTE:** La información que usted provea ayudara a Rio Metro Distrito Regional de Transito para determinar su habilidad cognitiva y funcional para utilizar transporte público incluyendo, camión, tren y servicio de taxi. Esta forma ayuda a Rio Metro Distrito Regional de Transito para determinar cuándo y bajo qué circunstancias el candidato puede utilizar el camión, tren, taxi o para transito. Es esencial que usted sea lo más preciso en su evaluación. Toda su información va a ser guardada confidencialmente y no se hará publica.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de la Oficina#: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO DEL CANDIDATO:**

1. Capacidad en la cual usted conoce al candidato/paciente: (por favor explique)

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

2. Por favor describa la condición (ya sea física o cognitiva) la cual impide funcionalmente al candidato de utilizar el camión/tren o servicio de taxi. Sea lo más específico posible en su descripción:

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

3. Pronostico esperado de la discapacidad

\_\_\_\_\_

4. El candidato necesita silla de ruedas para andar fuera de casa? Si \_\_\_\_ No\_\_\_\_

**Si si, por favor explique:**

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

5.A lo mejor de sus conocimientos, la información dada por el candidato en esta forma es correcta. Si \_\_\_\_ No\_\_\_\_

**Si no, explique:**

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

**Firma del Médico o Profesional de la Salud:**

**X** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre escrito y titulo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_