

# Solicitud de Identificación de Tarifa Reducida



## ¿QUÉ ES LA IDENTIFICACIÓN DE TARIFA REDUCIDA?

La tarjeta de identificación de tarifa reducida es prueba de elegibilidad a quienes viajan en bus para comprar boletos de bus con descuento.

## ¿QUIÉN ES ELEGIBLE?

1. Una persona elegible es aquella que cumple con la definición de una persona discapacitada de la Administración de tránsito federal (Federal Transit Administration, FTA, es un subdepartamento del Departamento de transporte de los Estados Unidos), que dice "persona discapacitada significa cualquier individuo quien por causa de una enfermedad, lesión, edad, defecto congénito o discapacidad temporal no puede usar el transporte de masas y sus servicios con tanta efectividad como las personas no afectadas sin infraestructura o planificación y diseño especiales; "
2. personas que presenten una tarjeta de Medicare; o
3. personas de 60 años o mayores.

## ¿HAY DIFERENTES NIVELES DE ELEGIBILIDAD?

La elegibilidad puede ser permanente o temporal.

- A. **Permanente** significa cualquier discapacidad que se espera que dure toda la vida que afecte la capacidad del individuo de andar en bus.
- B. **Temporal** significa cualquier discapacidad que se espera que dure un periodo no menor a tres meses y no mayor a doce meses.

La tarjeta original no tendrá costo, pero los reemplazos para tarjetas perdidas o robadas costarán cinco dólares (\$5.00).

Se pueden enviar los formularios por fax o correo postal si los solicitan. Llamé a Cherrriots al 503-588-2877 para solicitar un formulario.

Devuelva la solicitud en persona al servicio al cliente en: *220 High St., Salem, Oregon 97301* para emitir una tarjeta de identificación de tarifa reducida con su foto. Otras alternativas para este proceso se pueden obtener llamando al servicio al cliente al 503-588-2877.

**Traiga una Identificación con fotografía como prueba de identificación.**

## SOLICITUD

### Complete lo siguiente:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

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

Persona de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

### **Solicito una tarjeta de identificación de tarifa reducida basándome en: (Marque solo una opción)**

- Estoy entregando prueba de elegibilidad y recibo Beneficios de discapacidad de Seguridad Social o Beneficios de ingresos de Seguridad Complementaria debido a mi discapacidad.
- Tengo 60 o más años de edad.
- Estoy entregando prueba de elegibilidad actual a través de la Administración de veteranos que muestra que tengo una discapacidad.
- Estoy presentando una tarjeta de Medicare válida emitida por la Administración de Seguridad Social.
- Estoy entregando una tarjeta de identificación de tarifa reducida emitida por \_\_\_\_\_
- Tengo una discapacidad evidente que cumple con uno o más de los criterios médicos enumerados en la sección de Definiciones de discapacidad.
- Tengo una discapacidad médica certificada por un médico, psiquiatra, psicólogo (Doctorado), audiólogo u otro profesional licenciado calificado en el estado de Oregon. Cherriots se reserva el derecho de contactar a su Proveedor de cuidado médico para hacer verificaciones.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha Clic \_\_\_\_\_

## DEFINICIONES DE DISCAPACIDAD

Indique la discapacidad que impide que este solicitante use los buses Cherrits con tanta efectividad como alguien sin tales limitaciones:

1. **Silla de ruedas/imposibilidad para caminar**: requiere del uso de silla de ruedas o trimoto para transportarse, lo que impide la movilidad independiente.
2. **Movilidad restringida/Semiambulatoria**: causa dificultad para caminar y requiere el uso de ayuda para moverse (como un bastón o un andador), e impide la movilidad independiente.
3. **Artritis**: causa un defecto de motricidad funcional en dos o más extremidades e impide la movilidad independiente.
4. **Pérdida de extremidades**: con pérdida de función importante que impide la movilidad independiente.
5. **Lesión en la cabeza**: con defecto de motricidad funcional que impide la movilidad independiente.
6. **Discapacidad respiratoria (disnea)**: ocurre durante actividades como subir una escalera, caminar 200 yardas planas o menos actividad o incluso en reposo.
7. **Enfermedad Cardíaca**: tiene como resultado una limitación notable de la actividad física.
8. **Trastornos de la columna**: fracturas con pérdida sensorial y de motricidad, osteoporosis con dolor y movimiento limitado que impide la movilidad independiente.
9. **Síndrome de compresión radicular**: con dolor y limitación en la nuca que impide la movilidad independiente.
10. **Discapacidad motora**: debido a coordinación defectuosa o parálisis cerebral, de columna o lesión a nervios periféricos, que impide la movilidad independiente.
11. **Defecto visual**: que impide la movilidad independiente.
12. **Defecto de audición**: que impide la movilidad independiente.
13. **Discapacidades del desarrollo**: que impiden la movilidad independiente.
14. **Autismo**: que impide la movilidad independiente.
15. **Discapacidad neurológica**: causada por parálisis cerebral, distrofia muscular, esclerosis múltiple, trastorno convulsivo u otras discapacidades neurológicas no controladas por medicamentos, que impide la movilidad independiente.
16. **Discapacidad mental**: al grado que impide la movilidad independiente. Se pueden solicitar traducciones al español.
17. **Otros:** \_\_\_\_\_

**A SER COMPLETADO POR EL AGENTE CERTIFICADOR:**

Certifico que \_\_\_\_\_, puede ser definido como persona discapacitada (*Nombre del solicitante en letra imprenta*) de acuerdo a la definición de discapacidad de la Administración de tránsito federal (como se muestra en la página 1).

He marcado las secciones apropiadas en la página y creo que este solicitante debe ser certificado como \_\_\_\_\_elegible.  
(*Ya sea \*Temporalmente/Permanentemente*)

\*La duración estimada de la discapacidad temporal es de \_\_\_\_\_  
(*Número de meses*)

**COMENTARIOS** referentes a la discapacidad del solicitante:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

.....

Agente certificador/Nombre del médico:\_\_\_\_\_

Nombre de la agencia y Dirección/Dirección del médico:\_\_\_\_\_

Número de teléfono de la agencia/Número de teléfono del doctor:\_\_\_\_\_

¿Es usted un médico con licencia?      \_\_\_Sí      \_\_\_No

\_\_\_\_\_  
(Firma de Agente certificador/Médico)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)