



## REQUISIÇÃO DE STATUS DE TARIFA REDUZIDA



CATEGORIAS DE QUALIFICAÇÃO Todos candidatos devem completar a Seção 1	REQUISITOS DE DOCUMENTAÇÃO DE SUPORTE
Idosos (acima de 65 anos)	Identificação com foto e comprovante de idade
Crianças/ adolescentes (6-18)	Pode ser solicitado comprovante de idade e documento de identificação com foto
Titulares de cartões Medicare	Identificação com foto e cartão Medicare vermelho, branco e azul
Veteranos	Identificação com foto e DD214, VA ID, ou documento de identificação de Veterano
SSI, SSDI, Beneficiários de deficiência VA	Identificação com foto e carta de qualificação mais recente
Deficiência verificada clinicamente - <b>provedor médico deve completar a Seção 2/Página 2</b>	Identificação com foto e certificação do profissional de saúde qualificado e/ou agência certificada ( <b>ver página 2</b> )

### Seção 1: A ser preenchida pelo requerente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ **Sobrenome** / \_\_\_\_\_ **Nome** **DATA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ **Endereço para correspondência** **Ap/Unidade #** **Cidade** **Estado** **Código Postal**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ **Número de telefone (com código de área)** **Data de nascimento** **Endereço de e-mail**

**Método de notificação preferencial:** \_\_\_ Endereço de correio \_\_\_ Telefone \_\_\_ E-mail

**Categoria de tarifa reduzida:** \_\_\_ Idoso \_\_\_ Medicare \_\_\_ SSI, SSDI, VA \_\_\_ Veterano \_\_\_ Deficiência \_\_\_ Criança/ adolescente

**Escolha um:** \_\_\_ DiriGo TouchPass \_\_\_ Aplic. no celular \_\_\_ Dinheiro em espécie/cartão de identidade

**Se for o Smartcard (TouchPass), você gostaria de sua foto no documento?** \_\_\_ Sim \_\_\_ Não **Correio** \_\_\_

**Retirada em** \_\_\_\_\_ (Foto só poderá ser impressa em uma unidade do Greater Portland Metro)

Certifico que as informações nesta requisição são verdadeiras e corretas. Eu dou a autorização à agência ou provedor médico para divulgar a informação sobre minha deficiência. Compreendo que, se esta candidatura for aprovada, poderei receber a tarifa reduzida (50% da tarifa normal) no âmbito do sistema de tarifa automatizada DiriGo TouchPass. Não vou emprestar nem permitir o uso do meu cartão ou aplicativo a ninguém. Se pagar com dinheiro, apresentarei o meu cartão de identificação ao motorista de ônibus, conforme solicitado, ao pagar a minha tarifa.

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Nome em letra de forma:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Informação sobre deficiência clinicamente verificada – continua na página 2**

Se um profissional de saúde acredita que um indivíduo, por motivo de doença, lesão, idade, doença mental, deficiência cognitiva ou outra incapacidade ou deficiência permanente ou temporária, incluindo aquelas que não podem andar, utilizam um acessório para se locomover e aqueles com capacidade parcial de caminhar, **não podem utilizar transporte público e serviços que não disponham de instalações ou planejamento especiais tão efetivamente quanto pessoas que não sejam portadoras de tais condições (Título 49 do Código de Leis Federais [CFR 609.3] — Definições)**, qualifica-se para o status de tarifa reduzida, documente-o na Seção 2. Esta deficiência ou incapacidade deve resultar numa capacidade reduzida de execução das ações necessárias à utilização de serviços regulares de rota fixa sem receber treinamento ou assistência especiais.

**Seção 2: A ser preenchido pelo profissional de saúde/agência no prazo de 30 dias a partir da data de requisição**

Para se qualificar para a tarifa reduzida do sistema de tarifa automatizadas do DiriGo TouchPass, o seu cliente/paciente listado nesta requisição deve ter uma condição física ou mental/cognitiva que se enquadra nos critérios de elegibilidade médica que limita substancialmente uma atividade vital importante, como cuidar de si mesmo, caminhar, ver, ouvir, falar, respirar, aprender e/ou trabalhar, e que ainda cumpre as normas legais para a elegibilidade de tarifa reduzida listadas na página 1 desta requisição.

**Esta deficiência é permanente?**  Sim  Não **Se não, quanto tempo você espera que dure?** \_\_\_\_\_

**(Nota: Se a deficiência for temporária, deve estar presente por 90 dias para ser elegível para a tarifa reduzida.)**

**Certifico que:** \_\_\_\_\_ cumpre os critérios relativos à tarifa reduzida indicados acima, e a **deficiência qualificável é:** \_\_\_\_\_

**Nome em letra de forma do provedor de saúde/representante da agência:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do provedor de saúde/representante da agência:** \_\_\_\_\_

**Nome do escritório ou da agência prestadora:** \_\_\_\_\_

(O carimbo de um provedor pode ser usado nessa área, ou a certificação do provedor em papel timbrado anexada.)

**Endereço do escritório:** \_\_\_\_\_

**Telefone do escritório:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

Se houver alguma dúvida sobre a conclusão deste formulário, ligue para 1-833-272-7270. Os formulários preenchidos podem ser enviados por fax, por correio ou entregues à sua agência de trânsito local: Metro (114 Valley St., Portland, 04102, or 21 Elm St. Pulse), BSOOB Transit (Customer Service, Saco Transportation Center, 138 Main St., Saco, 04072), South Portland Bus Service (South Portland City Hall, 25 Cottage Rd., South Portland, 04106).

**This section to be completed by transit staff**

Approved by: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Fare choice: \_\_\_ DiriGo TouchPass Card \_\_\_ with photo/ \_\_\_ without photo or \_\_\_ Mobile app

(A photo can only be printed at a Greater Portland Metro location)

RF ID # \_\_\_\_\_ 16-digit TouchPass # \_\_\_\_\_ Photo # \_\_\_\_\_ Exp. Data: \_\_\_\_\_

Type of supporting documentation: (ID, RWB Card, benefit letter, medical) \_\_\_\_\_

Photocopy of supporting documentation made: \_\_\_\_\_ Username: \_\_\_\_\_

State ID, type, number \_\_\_\_\_