



SOLICITUD DE ESTATUS DE TARIFA REDUCIDA



CATEGORÍAS DE CALIFICACIÓN Todos los solicitantes completan la Sección 1	REQUISITOS PARA DOCUMENTOS DE RESPALDO
Adultos mayores (65+)	Identificación con fotografía y comprobante de la edad
Niños/Adol. (6-18)	Se puede solicitar identificación con fotografía y comprobante de la edad
Titulares de tarjeta de Medicare	Identificación con fotografía y tarjeta roja, blanca y azul de Medicare
Veteranos	Identificación con fotografía y DD214, ID de la VA o ID de Estatus de Veterano
SSI, SSDI, Beneficiarios de discapacidad de la VA	Identificación con fotografía y la carta de calificación más reciente
Discapacidad verificada por médico – El proveedor debe llenar la Sección 2/Página 2	Identificación con foto y certificación de profesional médico calificado y/o agencia certificada (vea la Pág. 2)

Sección 1: Para ser llenada por el solicitante

_____ / _____ **FECHA:** _____
Apellido **Primer nombre**

_____ / _____ / _____ / _____ / _____
Dirección postal **Apto./Unidad N.º** **Ciudad** **Estado** **Cód. postal**

_____ / _____ / _____
N.º telefónico (incluya el código de área) **Fecha de nacimiento** **Correo electrónico**

Método preferido de notificación: Dirección postal Teléfono Correo electrónico

Categoría de tarifa reducida Adulto mayor Medicare SSI, SSDI, VA Veterano Discapacidad
 Niño/Adol.

Escoja una: Dirigo TouchPass Aplic. móvil Usuario con efectivo/Solo tarjeta de ID.

Si solicita la Smartcard (TouchPass), ¿desea que incluya su foto? Sí No **Correo** _____

Recoger en _____ (Solo puede imprimirse una foto en una oficina de Greater Portland Metro)

Certifico que la información que consta en esta solicitud es verdadera y correcta. Autorizo a la agencia o al profesional médico a revelar información sobre mi discapacidad. Entiendo que, si se aprueba esta solicitud, seré elegible para obtener la tarifa reducida (50% de la tarifa regular) bajo el Sistema de Tarifas Automatizadas Dirigo TouchPass. No prestaré ni cederé el uso de mi tarjeta o aplicación móvil a nadie. Si pago en efectivo, presentaré mi tarjeta de identificación al operador de autobús según se requiera en la ocasión de pagar mi tarifa.

Firma: _____ **Nombre en letra de imprenta:** _____ **Fecha:** _____

Información sobre discapacidad verificada por médico – Continúa en la pág. 2.

Si un profesional médico considera que una persona, debido a una enfermedad, lesión, edad, enfermedad mental, deterioro cognitivo u otra incapacidad o discapacidad permanente o temporal, incluidas aquellas que no son ambulatorias, utilizan una ayuda de movilidad y quienes tienen capacidades semiambulatorias, **no puede utilizar instalaciones y servicios de transporte público sin instalaciones especiales o planificación o diseño especial, para utilizar dichas instalaciones y servicios tan efectivamente como las personas que no están afectadas de esa manera (Título 49 del Código de Reglamentos Federales [CFR 609.3] — Definiciones)**, esa persona califica para el estatus de Tarifa Reducida, documéntelo en la Sección 2. Esa discapacidad o incapacidad debe ser causa de capacidad reducida con el fin de realizar las acciones necesarias para el uso de servicios regulares de ruta fija sin recibir capacitación o asistencia especial.

Sección 2: A completar por proveedor médico profesional o agencia dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la solicitud.

A fin de calificar para la tarifa reducida del Sistema de Tarifas Automatizadas DiriGo TouchPass, el cliente o paciente cuyo que figura en esta solicitud debe tener una condición física o mental/cognitiva que se encuentre dentro de los criterios de elegibilidad médica, que limite sustancialmente una actividad importante de la vida, como cuidarse, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y/o trabajar, y que cumpla con las normas legales de elegibilidad para tarifas reducidas que figuran en la página 1 de esta solicitud.

¿Es esta discapacidad permanente? Sí No **Si no lo es, ¿cuánto tiempo considera que durará?** _____

(Nota: Si la discapacidad es temporal, debe durar al menos 90 días a fin de ser elegible para la tarifa reducida.)

Certifico que: _____ cumple los criterios para tarifa reducida enumerados anteriormente, y que la **discapacidad calificante es:** _____

Nombre del profesional médico/representante de la agencia (letra de imprenta): _____

Firma del profesional médico/representante de la agencia: _____

Nombre de la oficina o agencia proveedora: _____

(Se puede usar el sello de un proveedor en esta área, o bien se debe adjuntar la certificación en el papel membretado del proveedor.)

Dirección de la oficina: _____

Teléfono de la oficina: _____ **Fax:** _____ **Correo electrónico:** _____

Si tiene cualquier pregunta sobre el llenado de este formulario, llame al 1-833-272-7270. Los formularios debidamente llenados deben enviarse por fax, por correo postal o entregarse personalmente en su agencia local de transporte público: Metro (114 Valley St, Portland, 04102, o 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: _____ Date: _____

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. Date: _____

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

Photocopy of supporting documentation made: _____ Username: _____

State ID, type, number _____