



Demande de tarif réduit

CATÉGORIES DE QUALIFICATION Tous les candidats doivent remplir la section 1	SUPPORTING DOCUMENTATION REQUIREMENTS
Seniors (65+)	Photo identification with proof of age
Youth (6-18)	Proof of age and photo identification may
Medicare Card holders	Photo identification and red, white, & blue
Veterans	Photo identification & DD214, VA i.d., or
SSI, SSDI, VA Disability Recipients	Photo identification and most current qualifying letter
Invalidité médicalement vérifiée – Le fournisseur doit remplir la section 2/page	Photo identification and most current qualifying letter

Section 1 : À remplir par le demandeur

Nom Prénom Date _____

Adresse postale App./Unité Ville État Code postal _____

Numéro de téléphone E-mail Date de naissance _____

Méthode de notification préférée : Courrier _____ Courriel _____ Téléphone _____

Catégorie de tarif réduit : Senior _____ Medicare _____ SSI, SSDI, VA _____
Vétérant _____ Personne handicapée _____ Jeune _____

Choisissez-en un :

Carte à puce Dirigo Pass _____ Application mobile Dirigo Pass _____ Photo : Oui ___ Non ___

Je certifie que les renseignements figurant sur cette demande sont exacts. J'autorise l'agence ou le professionnel de santé à divulguer des informations concernant mon handicap. Je comprends que si cette demande est approuvée, je pourrai bénéficier du tarif réduit (50 % du tarif normal) du système tarifaire Dirigo Pass. Je ne prêterai ni ne donnerai l'accès à ma carte ou à mon application mobile à quiconque. En cas de paiement en espèces, je présenterai ma carte d'identité au chauffeur de bus, comme demandé, lors du paiement de mon ticket.

Signature _____ Nom en lettres moulées _____ Date _____

Les formulaires remplis peuvent être livrés à : GP Metro au 21 Elm St., Portland, ME, ou envoyés à :
Télécopieur : 207-358-7073 | Courrier : Metro (114 Valley St., Portland ME 04102) | Courriel et questions : customer-service@gpmetro.org

* Si vous avez choisi de recevoir une carte à puce Dirigo Pass, souhaitez-vous qu'elle soit envoyée par la poste _____ ? Récupérez-la au 21 Elm St., Portland _____ Ou envoyez-la à : BSOOB Transit : Saco Transportation Center, 138 Main Street, Saco ME 04072 _____

Français Si un professionnel de la santé estime qu'une personne qui, en raison d'une maladie, d'une blessure, de l'âge, d'une maladie mentale, d'une déficience cognitive ou d'une autre incapacité ou handicap permanent ou temporaire, y compris les personnes non ambulatoires utilisant une aide à la mobilité et celles ayant des capacités semi-ambulatoires, ne sont pas capables, sans installations spéciales ou planification ou conception spéciale, d'utiliser les installations et services de transport en commun aussi efficacement que les personnes qui ne sont pas ainsi affectées (Titre 49 CFR 609.3 - Définitions), est admissible au statut de tarif réduit, veuillez le documenter dans la section 2. Ce handicap ou cette incapacité doit entraîner une capacité réduite à effectuer les actions nécessaires à l'utilisation des services réguliers à itinéraire fixe sans recevoir de formation ou d'assistance spéciale.

Section 2 : À remplir par le professionnel de la santé ou l'agence dans les 30 jours suivant la date de la demande.

Afin d'être admissible au tarif réduit du système de tarification automatisé DiriGo Pass, votre client/patient figurant sur cette demande doit avoir un problème physique ou mental/cognitif qui correspond aux critères d'éligibilité médicale qui limitent considérablement une activité majeure de la vie, comme prendre soin de soi, marcher, voir, entendre, parler, respirer, apprendre et/ou travailler, et qui répond en outre aux normes légales d'éligibilité au tarif réduit énumérées à la première page de cette demande.

Ce handicap est-il permanent ? Oui Non (entourez) Si non, combien de temps pensez-vous qu'il durera ? _____

(Remarque : si l'invalidité est temporaire, elle doit durer au moins 90 jours pour être admissible au tarif réduit.)

Je certifie que : _____ répond aux critères de tarif réduit énumérés ci-dessus, et que le handicap admissible est : _____

Nom imprimé du professionnel de la santé/représentant de l'agence : _____

Signature du professionnel de la santé/représentant de l'agence : _____ Nom du bureau ou de l'agence prestataire : _____

Le cachet du fournisseur peut être utilisé dans cette zone, ou une certification sur papier à en-tête du fournisseur doit être jointe.

Adresse du bureau : _____

Téléphone du bureau : _____ Fax : _____ Courriel : _____

Si vous avez des questions concernant le remplissage de ce formulaire, veuillez appeler le 1-833-272-7270 ou le 207-774-0351, ou envoyer un courriel à : customer-service@gpmetro.org

Formulaires remplis livrés à : Greater Portland Metro au 21 Elm St., Portland, ME ;
OU Fax : 207-358-7073 | Courrier : Metro (114 Valley St., Portland, 04102) Courriel : customer-service@gpmetro.org OU courrier : BSOOB Transit, Saco Transportation Center,
138, rue Main, Saco, ME 04072 (207-282-5408, info@bsoobtransit.org)

Cette section doit être complétée par le personnel du métro

Approuvé par : _____ Date : _____

Faites votre choix : Carte à puce DiriGo Pass _____ Application mobile DiriGo Pass _____

PHOTO (cercle) : OUI NON

Type de tarif _____ ID RF n° _____ Photo n° _____ Date d'expiration : _____
Type de pièce justificative _____

(pièce d'identité, carte RWB, lettre de prestations, examen médical) Photocopie de la pièce justificative faite : _____
Nom d'utilisateur : _____ Indiquer la pièce d'identité, le type et le numéro _____

Remarques :