



Aplicação de Tarifa Reduzida

CATEGORIAS DE QUALIFICAÇÃO Todos os candidatos preenchem a Seção 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
Deficiência verificada clinicamente – O provedor deve preencher a Seção	Photo identification and most current qualifying letter

Seção 1: A ser preenchida pelo requerente

Sobrenome Nome Data _____

Endereço para correspondência Apto./Unidade Cidade Estado CEP _____

Telefone # E-mail Data de Nascimento _____

Método de notificação preferido: Correo _____ E-mail _____ Telefone _____

Categoria de tarifa reduzida: Sênior _____ Medicare _____ SSI, SSDI, VA _____
 Veterano _____ Pessoa com deficiência _____ Jovem _____

Escolha uma:

Cartão inteligente Dirigo Pass _____ Aplicativo móvel Dirigo Pass _____ Foto: Sim ___ Não ___

Certifico que as informações contidas neste formulário estão corretas. Autorizo a agência ou o profissional médico a divulgar informações sobre minha deficiência. Entendo que, se este formulário for aprovado, terei direito à tarifa reduzida (50% da tarifa normal) do Sistema de Tarifas Dirigo Pass. Não emprestarei nem cederei meu cartão ou aplicativo a ninguém. Se o pagamento for feito em dinheiro, apresentarei meu documento de identidade à operadora de ônibus, conforme solicitado, no momento do pagamento.

Assinatura _____ Nome completo _____ Data _____

Os formulários preenchidos podem ser entregues a: GP Metro em 21 Elm St., Portland, ME, ou enviados para:

Fax: 207-358-7073 | Correo: Metro (114 Valley St., Portland ME 04102) E-mail e perguntas: customer-service@gpmetro.org

* Se você optar por receber um Dirigo Pass Smartcard, deseja que ele seja enviado pelo correo _____? Foi retirado em 21 Elm St., Portland _____ Ou enviado para: BSOOB Transit: Saco Transportation Center, 138 Main Street, Saco ME 04072 _____

Se um profissional de saúde sentir que um indivíduo que, por motivo de doença, lesão, idade, doença mental, comprometimento cognitivo ou outra incapacidade ou deficiência permanente ou temporária, incluindo aqueles que não conseguem andar, que usam um meio de locomoção e aqueles com capacidades semi-andantes, não consegue, sem instalações especiais ou planejamento ou projeto especial, utilizar instalações e serviços de transporte de massa tão efetivamente quanto pessoas que não são afetadas (Título 49 CFR 609.3 — Definições), se qualifica para o status de Tarifa Reduzida, documente isso na Seção 2. Essa deficiência ou incapacidade deve resultar em uma capacidade reduzida de executar ações necessárias para o uso de serviços regulares de rota fixa sem receber treinamento ou assistência especial.

Seção 2: A ser preenchida pelo profissional de saúde/agência dentro de 30 dias da data da inscrição.

Para se qualificar para a tarifa reduzida do Sistema de Tarifas Automatizadas DiriGo Pass, seu cliente/paciente listado neste aplicativo deve ter uma condição física ou mental/cognitiva que se enquadre nos critérios médicos de elegibilidade e que limite substancialmente uma atividade importante da vida, como cuidar de si mesmo, caminhar, ver, ouvir, falar, respirar, aprender e/ou trabalhar, e que atenda ainda mais aos padrões legais para elegibilidade de tarifa reduzida listados na página um deste aplicativo.

Esta deficiência é permanente? Sim Não (circule) Se não, quanto tempo você espera que ela dure? _____

(Observação: se a deficiência for temporária, ela deve durar pelo menos 90 dias para que você tenha direito à tarifa reduzida.)

Certifico que: _____ atende aos critérios para tarifa reduzida conforme listado acima, e a deficiência qualificada é: _____

Nome impresso do profissional de saúde/representante da agência: _____

Assinatura do profissional de saúde/representante da agência: _____

Nome do escritório ou agência fornecedora: _____

O carimbo do provedor pode ser usado nesta área, ou a certificação no papel timbrado do provedor deve ser anexada.

Endereço do escritório: _____

Telefone do escritório: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Caso tenha alguma dúvida sobre o preenchimento deste formulário, ligue para 1-833-272-7270 ou 207-774-0351 ou envie um e-mail para: customer-service@gpmetro.org

Formulários preenchidos entregues em: Greater Portland Metro em 21 Elm St., Portland, ME;
OU Fax: 207-358-7073 | Correio: Metro (114 Valley St., Portland, 04102) E-mail: : customer-service@gpmetro.org OU correio: BSOOB Transit, Saco Transportation Center,
138 Main St., Saco, ME 04072 (207-282-5408, info@bsoobtransit.org)

Esta seção deve ser preenchida pela equipe do metrô

Aprovado por: _____ Data: _____

Faça sua escolha: DiriGo Pass SmartCard _____ Aplicativo móvel DiriGo Pass _____

FOTO (círculo): SIM NÃO

Tipo de tarifa _____ ID RF nº _____ Foto nº _____ Data de validade: _____

Tipo de documentação de suporte _____
(identidade, cartão RWB, carta de benefício, médico) Fotocópia da documentação de suporte feita:

_____ Nome de usuário: _____ ID do estado, tipo, número

Observações: