



Solicitud de tarifa reducida

CATEGORÍAS DE CALIFICACIÓN Todos los solicitantes completan la Sección 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
Discapacidad médicamente verificada: el proveedor debe completar la Sección	Photo identification and most current qualifying letter

Sección 1: Para ser completada por el solicitante

Apellido Nombre Fecha

Dirección postal Apartamento/Unidad Ciudad Estado Código postal

Teléfono # Correo electrónico Fecha de nacimiento

Método preferido de notificación: Correo _____ Correo electrónico _____ Teléfono _____

Categoría de tarifa reducida: Senior _____ Medicare _____ SSI, SSDI, VA _____
Veterano _____ Persona con discapacidad _____ Joven _____

Elige uno:

Tarjeta inteligente Dirigo Pass _____ Aplicación móvil Dirigo Pass _____ Foto: Sí ___ No ___

Certifico que la información de esta solicitud es correcta. Autorizo a la agencia o al profesional médico a divulgar información sobre mi discapacidad. Entiendo que, si se aprueba esta solicitud, podré optar a la tarifa reducida (50 % de la tarifa regular) del Sistema de Pases Dirigo. No prestaré ni cederé mi tarjeta ni mi aplicación móvil a nadie. Si pago en efectivo, presentaré mi identificación al conductor del autobús, tal como se solicita, al pagar mi pasaje.

Firma _____ Nombre impreso _____ Fecha _____

Los formularios completos pueden entregarse a: GP Metro en 21 Elm St., Portland, ME, o enviarse a: Fax: 207-358-7073 | Correo: Metro (114 Valley St., Portland ME 04102) Correo electrónico y consultas: customer-service@gpmetro.org

* Si eligió recibir una tarjeta inteligente Dirigo Pass, ¿desea que se le envíen por correo _____? La recogí en 21 Elm St., Portland _____ O la envié a: BSOOB Transit: Saco Transportation Center, 138 Main Street, Saco ME 04072

Si un profesional de la salud considera que una persona, que por causa de una enfermedad, lesión, edad, enfermedad mental, deterioro cognitivo u otra incapacidad o discapacidad permanente o temporal, incluyendo aquellos que no pueden caminar, que usan una ayuda de movilidad y aquellos con capacidades semiambulatorias, no pueden, sin instalaciones especiales o planificación o diseño especial, utilizar las instalaciones y servicios de transporte público de manera tan eficaz como las personas que no se ven tan afectadas (Título 49 CFR 609.3—Definiciones), califica para el estado de Tarifa Reducida, documéntelo en la Sección 2. Esta discapacidad o incapacidad debe resultar en una capacidad reducida para realizar las acciones necesarias para el uso de los servicios regulares de ruta fija sin recibir capacitación o asistencia especial.

Sección 2: Debe ser completada por el proveedor/agencia de atención médica profesional dentro de los 30 días posteriores a la fecha de solicitud.

Para calificar para la tarifa reducida del Sistema de tarifa automatizada DiriGo Pass, su cliente/paciente mencionado 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 cuidar de sí mismo, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y/o trabajar, y que además cumpla con los estándares legales para la elegibilidad de tarifa reducida que se enumeran en la página uno de esta solicitud.

¿Es esta discapacidad permanente? Sí No (marque con un círculo) Si no, ¿cuánto tiempo espera que dure? _____

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

Certifico que: _____ cumple con los criterios para tarifa reducida enumerados anteriormente, y la discapacidad que lo califica es: _____

Nombre impreso del profesional de la salud/representante de la agencia: _____

Firma del profesional de la salud/representante de la agencia: _____ Nombre de la oficina o agencia proveedora: _____

En esta área se podrá utilizar el sello del proveedor o se deberá adjuntar una certificación en papel membretado del proveedor.

Dirección de la oficina: _____

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

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, llame al 1-833-272-7270 o al 207-774-0351, o envíe un correo electrónico a: customer-service@gpmetro.org

Formularios completos entregados a: Greater Portland Metro en 21 Elm St., Portland, ME;
O Fax: 207-358-7073 | Correo: Metro (114 Valley St., Portland, 04102) Correo electrónico: customer-service@gpmetro.org O correo postal: BSOOB Transit, Saco Transportation Center, 138 Main St., Saco, ME 04072 (207-282-5408, info@bsoobtransit.org)

Esta sección deberá ser completada por el personal del Metro.

Aprobado por: _____ Fecha: _____

Elige: Tarjeta inteligente DiriGo Pass _____ Aplicación móvil DiriGo Pass _____

FOTO (circulo): SI NO

Tipo de tarifa _____ N.º de identificación de RF _____ N.º de foto _____ Fecha de vencimiento: _____ Tipo de documentación de respaldo _____ (identificación, tarjeta RWB, carta de beneficios, médica) Fotocopia de la documentación de respaldo realizada: _____ Nombre de usuario: _____ Identificación estatal, tipo, número _____

Notas: