



Solicitud para Tarjeta de Tarifa Reducida Sección A – Información del solicitante

Por favor escriba de forma legible.

Fecha de Hoy: _____

Nombre: _____ Apellido _____ Primer Nombre _____

Dirección _____ Número de Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

(_____) _____
Número de Teléfono _____ Fecha de Nacimiento (dd/mm/yy) _____

Si es de 62 años o más, por favor provea:

- Una copia de una tarjeta de identificación suministrada por el gobierno como comprobante de edad.

Si es menor de 62 años y esta discapacitado, por favor provea:

- Una copia de una tarjeta de identificación suministrada por el gobierno

E incluya UNO de los siguientes documentos (por favor, marque la cajita del documento incluido):

- Tarjeta de Medicare
- Tarjeta de identificación de discapacitados de otra agencia de transporte
- Pancarta de identificación del Departamento de Vehículos Motorizados (DMV) o el recibo
- Documento de elegibilidad de SSI, SSD o SSDI.
- Forma de Verificación de Discapacidad (vea la sección B)
- Otro: _____

Opcional: Marque la cajita que aplique:

- Requiero un asistente de cuidado Personal.
- Requiero el uso de un animal de servicio.
- Requiero el uso de un aparato de movilidad como una silla de ruedas o un patín eléctrico.
- Aunque no uso una silla de ruedas, todavía necesito la ayuda de un elevador de silla de ruedas para subir al autobús.



Por favor envíe la solicitud a:

Reduced Fare Card Application
Kern Transit
2700 M St. Suite 400,
Bakersfield, CA 93301



Sección B – Verificación de Discapacidad por un Doctor o Profesional de Salud

Esta sección es necesaria sólo si no hay otra documentación como comprobante.

Consentimiento Para Declaración de Information Médica

Con respecto a mi solicitud para una tarjeta de identificación para tarifa reducida de Kern Transit, Yo, (nombre del solicitante) _____ por este medio autorizo a (nombre del doctor o profesional de salud) _____ el dar a conocer información médica que pertenece a mi discapacidad a Kern Transit. Entiendo que la información dada a conocer únicamente se utilizará para certificar mi elegibilidad como una persona con discapacidad. Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización y que la puedo revocar en cualquier momento.

Nombre del Solicitante (en letra de molde)

Firma del Solicitante

Fecha

Información de Doctor/Profesional de Salud

Apellido

Nombre

Inicial del Segundo

Dirección de Oficina

Numero de Suite

Ciudad

Estado

Código Postal

(_____)

Número de Teléfono

Número de Licencia Profesional del Estado

Marque la cajita que aplique:

- Certifico que el solicitante cumple con la definición de "discapacitado" según la definición de La Administración Federal de Tránsito (FTA), Código de California Sección 99206.5 o la Sección 295.5 del Código de Vehículos (ver documento adjunto).
- El solicitante no cumple con la definición de "discapacitado" según la definición de La Administración Federal de Tránsito (FTA), Código de California Sección 99206.5 o la Sección 295.5 del Código de Vehículos (ver documento adjunto).

Por favor indique la duración de la discapacidad del solicitante:

3 Meses (mínimo)

1-3 Años

Otro: _____

Las tarjetas de tarifas reducidas no serán suministradas por discapacidad que dure menos de 3 meses.

Certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Firma: _____

Fecha: _____

Verificación de Discapacidad por un Doctor o Profesional de Salud

La definición de la Administración Federal de Tránsito (FTA) de *Discapacidad*:

"Respecto a un individuo, *discapacidad* significa, un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades importantes de la vida de esa persona, un registro de tal impedimento, o se considera que tiene tal impedimento."

Sección 99206.5

"*Persona con discapacidad* significa toda persona que, por razón de enfermedad, lesión, edad, mal funcionamiento congénito u otra incapacidad o discapacidad permanente o temporal, incluyendo, pero no limitado a, cualquier persona en silla de ruedas, que no pueda, sin instalaciones especiales o planificación o diseño especial, utilizar las instalaciones y los servicios de transporte público tan eficazmente como una persona que no está afectada.

Tal como se utiliza en esta sección, una incapacidad o discapacidad temporal es una incapacidad o una discapacidad que dura más de 90 días".

Sección 295.5 del Código de Vehículos:

- A) Cualquier persona que ha perdido, o ha perdido el uso de una o más extremidades inferiores o ambas manos, o que este significativamente limitada en el uso de las extremidades inferiores, o que se ha diagnosticado la enfermedad o trastorno que deteriora o interfiere sustancialmente con la movilidad, o que esté discapacitado tan severamente como para ser incapaz de moverse sin la ayuda de un dispositivo auxiliar.
- B) Toda persona que es ciega hasta el punto que la agudeza visual central de la persona no exceda 20/200 en el mejor ojo, con lentes correctivos, según la medida por la prueba de Snellen, o la agudeza visual que es mayor de 20/200, pero con una limitación en el campo de visión de tal manera que el diámetro más ancho del campo visual subtiende un ángulo no mayor que 20 grados.
- C) Cualquier persona que sufre de enfermedad pulmonar en la medida de cualquiera de los siguientes:
 - (1) El volumen (respiratorio) expiratorio forzado por un segundo es menos de un litro cuando se mide por la espirometría.
 - (2) La tensión de oxígeno arterial de la persona (pO₂) es inferior a 60 mm/Hg en aire ambiente, mientras que la persona está en reposo.
- D) Cualquier persona que está afectada por la enfermedad cardiovascular en la medida en que las limitaciones funcionales de la persona se clasifican en la gravedad como clase III o clase IV en base a las normas aceptadas por la Asociación Americana del Corazón.