



# 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:**

Kern Transit  
2700 M Street, Suite 400  
Bakersfield, CA 93301  
Fax: 661-862-8851  
Email: transit@kerncounty.com



## 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: \_\_\_\_\_