



**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 Postal _____ 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: _____