

PROGRAMA DE TARIFA REDUCIDA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

I. ACERCA DEL PROGRAMA

Si usted es una persona con una discapacidad, puede ser elegible para el Programa de Tarifa Reducida para Personas con Discapacidad. El programa permite a las personas con ciertas discapacidades viajar en autobuses locales de ruta fija por 75 centavos. Todos nuestros vehículos son accesibles para sillas de ruedas.

La tarifa reducida no está disponible en rutas exprés.

II. QUIÉNES PUEDEN OBTENER EL BENEFICIO

La Administración Federal de Transporte especifica que pueden obtener el beneficio las personas que presenten una o más de las siguientes condiciones:

- Reciben beneficios de Medicare por una razón que no sea su edad
- Movilidad limitada
- Limitación visual
- Limitación auditiva
- Discapacidad ambulatoria o limitación física
- Amputación
- Discapacidad intelectual y/u otra limitación orgánica de la capacidad mental

Si usted no se encuentra en ninguna de estas condiciones, no es elegible para el Programa de Tarifa Reducida por Discapacidad. Lea cuidadosamente el formulario completo antes de hacer su solicitud.

La elegibilidad no se basa en el nivel de ingresos o la situación laboral. Los siguientes no son criterios de elegibilidad para la tarifa reducida: embarazo, obesidad, adicción a drogas o alcohol.

III. COMO OBTENER UNA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE TARIFA REDUCIDA POR DISCAPACIDAD.

1. Complete las partes I a IV del formulario.
2. Pida a su prestador de servicios médicos ("el Certificador") que complete la parte V del formulario. Usted, el solicitante, es responsable de cubrir cualquier tipo de cargo que le haga su Certificador.
3. Todos los solicitantes deben anexar al formulario o enviar a ADAphoto@ridegrtc.com, una fotografía a color de 2" x 1" (tipo pasaporte).
4. Solo se aceptarán solicitudes por correo (no por fax ni en fotocopias).

IV. PROCESO DE CERTIFICACIÓN

1. GRTC podrá contactar al prestador de servicios médicos para comprobar la veracidad de la información proporcionada.
2. GRTC se reserva el derecho de tomar la decisión final con respecto a la elegibilidad del solicitante.
3. Si su solicitud es denegada, será notificado y recibirá información sobre cómo apelar esta decisión.
4. La solicitud debe completarse en su totalidad para poder ser procesada. Las solicitudes incompletas serán devueltas.

V. BENEFICIARIOS DE MEDICARE

Si usted cuenta con una tarjeta de Medicare, tiene dos opciones para viajar con tarifa reducida:

1. Al abordar al autobús, presente su tarjeta de Medicare junto con una identificación con foto emitida por el gobierno o el estado, y pague la tarifa reducida.
2. Solicite una tarjeta de identificación emitida por GRTC completando las partes I a IV de este formulario y adjunte una copia de su tarjeta de Medicare. Al subir al autobús, presente su tarjeta de identificación con foto emitida por GRTC.



SISTEMA DE TRANSPORTE

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Solo para uso interno | |
| N.º de identificación | Fecha de vencimiento: |
| Fecha de expedición: | |
| Aprobado por: | Fecha: |
| Denegado por: | Fecha: |

Solicitud de tarifa reducida para personas con discapacidad

PARTE I. INFORMACION GENERAL

Nombre _____ Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ **Femenino Masculino**

Calle y número _____ Depto./Edif. N.º _____

Ciudad _____ Estado Código postal _____

Condado de residencia _____ Dirección de correo electrónico (opcional) _____

Dirección postal (si es diferente de la anterior): _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Número de Seguridad Social: 000-00-_____ Fecha de nacimiento: _____
(Solo los últimos 4 dígitos)

¿Tiene actualmente una tarjeta de tarifa reducida de GRTC? No Sí N.º de identificación: _____

¿Tiene actualmente una tarjeta de Medicare? No Sí (En caso afirmativo, no necesita completar la parte V de este formulario).

PARTE II. REQUISITOS DE LA FOTOGRAFÍA

Escriba su nombre en letra de imprenta en la parte posterior de la fotografía y después adjúntela aquí

O

Envíe la foto por correo electrónico a ADAPhoto@ridegrtc.com

Coloque una foto a color en la casilla de la izquierda.

La foto no debe ser menor de 2" x 1 1/2"

La foto debe ser de los hombros hacia arriba.

La cara debe ser claramente visible (sin gafas de sol ni sombreros o gorras que dificulten la identificación).

Las fotos no se devolverán.

Solicitud de tarifa reducida para personas con discapacidad

PARTE III. TERMINOS Y CONDICIONES

Al abordar el autobús, debe mostrar la tarjeta de tarifa reducida al conductor y pasarla por máquina canceladora.

La tarifa reducida no está disponible en rutas exprés.

GRTC se reserva el derecho de confiscar una tarjeta de tarifa reducida si se usa de forma indebida. Una tarjeta confiscada no será devuelta ni reemplazada.

En caso de extravío o robo, cada nueva tarjeta tiene un costo de \$5.00. Después de tres nuevas tarjetas, no se emitirán más hasta que un representante de GRTC lleve a cabo una revisión de su historial de reemplazos. Si no se expide una nueva tarjeta, usted podrá hacer una nueva solicitud cuando haya

PARTE IV. CERTIFICACION DEL SOLICITANTE

Estoy de acuerdo con los términos y condiciones establecidos anteriormente.

Certifico que, según mi leal saber y entender, la información de esta solicitud es verdadera y correcta. Por medio de la presente, autorizo al profesional de servicios médicos a que revele cualquier información relevante con el fin de evaluar mi elegibilidad para participar en el Programa de Tarifa Reducida.

Firma del solicitante:

Fecha:

Si esta solicitud fue completada para otra persona, proporcione la siguiente información.

Nombre: _____ Teléfono de contacto diurno:

Dirección: _____

Agencia o clínica (si procede) _____

Relación con el solicitante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Si tiene preguntas con respecto a este formulario o al servicio, contacte al Centro de Servicio al Cliente, en el teléfono (804)358-GRTC (4782).

- 1. Tenga a bien no enviar la solicitud por fax; solo aceptaremos el documento original.**
- 2. Las solicitudes incompletas serán devueltas.**
- 3. El procesamiento tomará un mínimo de 10 días hábiles.**

Envíe el formulario completo por correo a:

**Eligibility Coordinator
GRTC Transit System
301 East Belt Boulevard
Richmond, VA 23224**

PARTE V. CERTIFICACION PROFESIONAL

INFORMACION SOBRE LA DISCAPACIDAD DEL SOLICITANTE

Esta sección (páginas 3 a 5) debe ser completada por un profesional de servicios médicos habilitado.

No se aceptarán historiales médicos o información de los ingresos del cliente junto con esta solicitud.

Marque todas las condiciones que afecten la capacidad del solicitante para usar el transporte público.

Diagnóstico:

- Ceguera:** presenta agudeza visual central de 20/200 o menos en ambos ojos con el uso de lentes correctivos. Cada ojo, con una limitación en el campo de visión tal que el diámetro más amplio del campo visual subtiende un ángulo mayor de 20 grados, deberá ser considerado como poseedor de una agudeza visual central de 20/200 o menos.

- Deficiencia auditiva:** con apoyos auditivos, la audición en cada oído NO se ve restaurada hasta uno de los siguientes niveles mínimos:
- Audición promedio:** umbral de sensibilidad de 90 decibelios o más por vía aérea, y por vía ósea hasta los niveles máximos correspondientes, determinados por los niveles del umbral de audición promedio a 500, 1.000 y 2.000 Hz; o
- Discriminación del habla** de 40% o menos en cada oído.

- Discapacidad no ambulatoria/trastornos de la marcha**
Por cualquier motivo, el solicitante es incapaz de moverse sin usar en todo momento un andador, silla de ruedas, scooter, muleta(s), bastón u otro apoyo para la movilidad/marcha. La palabra "incapaz" se usa en su sentido literal. El hecho de que uno de estos apoyos mecánicos facilite el movimiento no es suficiente.
- Artritis:** grado terapéutico III o peor, clase funcional III o peor, grado anatómico III o peor
- Amputación:** pérdida traumática de masa muscular o tendones, o evidencia en rayos X de anquilosis ósea o fibrosa, subluxación de articulaciones o inestabilidad de las manos, una mano y un pie, o amputación en o por encima de la región del tarso
- Accidente cerebrovascular:** causante de déficit motriz pseudobulbar, paralizante y sostenido en la motricidad gruesa/fina o en la marcha, o ataxia en dos extremidades.

El solicitante es incapaz de moverse sin usar uno de los siguientes apoyos:

- Silla de ruedas Scooter Bastón Muleta(s) Andador
- Otro apoyo a la marcha (describir): _____

Solicitud de tarifa reducida para personas con discapacidad

Diagnóstico (continuación):

- Respiratorio:** clase III o superior
- Cardíaco:** insuficiencia vascular de clase funcional III o IV y clase terapéutica C, D o E
- Diálisis:** personas que requieren diálisis hepática para vivir
- Afecciones debilitantes crónicas progresivas:** enfermedades que se caracterizan por síntomas crónicos como: fatiga, debilidad, pérdida de peso y cambio en el estado mental, y que interfieren en las actividades cotidianas y limitan significativamente la movilidad.
 - Neoplasias malignas progresivas e incontrolables
 - enfermedades avanzadas en el tejido conectivo, tales como: lupus eritematoso, esclerodermia o poliarteritis nodosa
 - HIV sintomático (SIDA o complejo relacionado con el SIDA) del grupo clínico IV definido por el CDC
- Limitaciones neurológicas:** según se mencionan en la Evaluación de Discapacidades de la
- Discapacidad intelectual y/u otra limitación orgánica de las capacidades mentales [el dictamen debe ser brindado por un médico, trabajador social médico o agencia de servicios para el retraso mental].** Los puntajes especificados abajo se refieren a los obtenidos en la escala WAIS, y son usados solo como referencia. Los puntajes obtenidos en otras pruebas estandarizadas de aplicación individual son aceptables, pero los valores numéricos obtenidos deben indicar un nivel similar de desempeño intelectual:
 - La persona está incapacitada intelectualmente de tal forma que depende de otros para satisfacer sus necesidades personales (p. ej., ir al baño, comer, vestirse o bañarse) Y es incapaz de seguir instrucciones, de tal forma que queda descartado el uso de mediciones estandarizadas de la actividad intelectual; o
 - Según una prueba válida de CI, ya sea verbal, de rendimiento o de escala completa, la persona tiene un CI de 59 o menor; o
 - Según una prueba válida de CI, ya sea verbal, de rendimiento o de escala completa, la persona tiene un CI de entre 60 y 70 Y

Estimo que la duración de la(s) discapacidad(es) del solicitante será:

- Permanente
- Temporal (3 meses, 6 meses, 9 meses)

¿La discapacidad del solicitante le obliga a viajar con un acompañante?

- Sí No A veces
- Otro (especifique) _____

Solicitud de tarifa reducida para personas con discapacidad

Las solicitudes con información ilegible o incompleta serán devueltas.

(Use el sello del consultorio médico)

Persona que completa el certificado: _____

Título profesional: _____

Domicilio profesional: _____

Clínica o agencia: _____

Teléfono de oficina: _____

Confirmando que la información brindada para este certificado es verdadera y correcta.

Firma

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Si tiene preguntas con respecto a este formulario o al servicio, contacte al Centro de Servicio al Cliente, en el teléfono (804)358-GRTC (4782).

- 1. Tenga a bien no enviar la solicitud por fax; solo aceptaremos el documento original.**
- 2. Las solicitudes incompletas serán devueltas.**
- 3. El procesamiento tomará un mínimo de 10 días hábiles.**

Envíe el formulario completo por correo a:

**Eligibility Coordinator
GRTC Transit System
301 East Belt Boulevard
Richmond, VA 23224**