



MILWAUKEE COUNTY TRANSIT SYSTEM SOLICITUD DE TARJETA DE IDENTIFICACIÓN PARA TARIFA REDUCIDA

Solo para uso de la oficina

Emisión de la tarjeta (fecha) _____ Renovación de la tarjeta (fecha) _____ N.º de la tarjeta _____

Comentarios _____ Iniciales del empleado _____

LLENE TODAS LAS SECCIONES QUE CORRESPONDAN

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección _____ N.º de departamento /N.º de lote _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Código de área + número de teléfono _____

_____/_____/_____
Mes / Día / Año de nacimiento

Los solicitantes pueden cumplir los requisitos para participar en el programa de tarifa reducida según su edad o discapacidad. Marque la casilla correspondiente:

- Tengo entre 6 y 11 años. (Proporcione un comprobante de edad).
- Tengo 65 años o más. (Proporcione un comprobante de edad).
- Actualmente tengo cobertura de Medicare. (Proporcione la tarjeta de Medicare. **NO** se acepta la tarjeta de Forward).
- Tengo una discapacidad física o mental que cumple la definición de personas discapacitadas de la FTA (609.3), como se indica a continuación. (La página de atrás debe llenarla el médico tratante).
- Soy cliente elegible de Transit Plus (debe proporcionar la tarjeta de identificación de Transit Plus).

“El término personas discapacitadas se refiere a las personas que, por algún motivo o enfermedad, lesión, edad, disfunción congénita u otra discapacidad o incapacidad permanente o temporal, incluidas las personas no ambulatorias que deben usar silla de ruedas y las personas con capacidades semiambulatorias, no pueden utilizar, sin instalaciones especiales o una planificación o diseño especiales, las instalaciones y servicios de transporte colectivo con la misma eficacia que las personas que no están en esta situación”.

“El término **discapacidad**, con respecto a una persona, se refiere a una deficiencia física o mental que limita de manera sustancial una o más de las actividades cotidianas importantes de dicha persona, la existencia de un historial de dicha deficiencia o que se considere que la persona tiene dicha deficiencia”. Entre las actividades cotidianas importantes se incluyen, entre otras, cuidarse a sí mismo/a, realizar tareas manuales, caminar, ver, escuchar, hablar, respirar, aprender y trabajar.

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa.

Entiendo que MCTS se basará en la información proporcionada al momento de determinar mi elegibilidad para participar en el programa de tarifa reducida. Entiendo que proporcionar información falsa o errónea tendrá como consecuencia la revocación de mi elegibilidad.

Permitir que otras personas, aparte de mí, utilicen esta tarjeta también tendrá como consecuencia la revocación de mi elegibilidad.

Mediante el presente documento autorizo la divulgación, ya sea de manera verbal o por escrito, de cualquier información médica relacionada con mi discapacidad a MCTS. Entiendo que esta información puede usarse junto con esta solicitud al momento de determinar mi elegibilidad para participar en el programa de tarifa reducida a través de MCTS y no se divulgará sin mi autorización por escrito.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

El solicitante debe proporcionar una identificación con fotografía

ESTA SECCIÓN DEBE LLENARLA EL MÉDICO TRATANTE O UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA CON LICENCIA (LICENCIA MÉDICA DE WISCONSIN)

Para obtener la tarjeta de tarifa reducida de MCTS, su paciente (indicado en el reverso) debe tener una discapacidad que cumpla con los criterios de elegibilidad que se enumeran a continuación. Hay ciertas afecciones y situaciones que no reúnen los requisitos, por ejemplo, embarazo, obesidad, drogadicción, alcoholismo y epilepsia controlada. **Marque todas las opciones que correspondan.**

¿La discapacidad es permanente? Sí No Si marcó "No", indique la duración de la discapacidad _____

La discapacidad del solicitante NO CUMPLE con ninguna de las limitaciones físicas descritas anteriormente. Por lo tanto, no puedo certificar que la discapacidad del solicitante cumple con los criterios de elegibilidad para recibir la tarjeta de tarifa reducida de MCTS.

Escriba en letra de imprenta: toda la información de esta casilla DEBE ser llenada por el médico tratante o el proveedor de atención médica con licencia (licencia médica de Wisconsin).

A. No ambulatoria:

- 1. Discapacidad que requiere que la persona use una silla de ruedas o dispositivo de movilidad similar.

B. Semiambulatoria:

- 1. **Artritis:** pueden utilizarse las pautas de la Asociación Estadounidense del Reumatismo para determinar si la discapacidad cumple con los requisitos; padecer artritis de grado terapéutico III, clase funcional III, estado anatómico III o peor sirve como evidencia de discapacidad por artritis.
- 2. **Pérdida de extremidades:** deformación anatómica, amputación o pérdida de la función principal de manos o pies.
- 3. **Accidente cerebrovascular:** efectos incapacitantes continuos después de sufrir un ACV o efectos de parálisis cerebral.
- 4. **Síndrome cardiopulmonar:** pérdida grave de reservas cardíacas o pulmonares comprobada mediante radiografías, electrocardiogramas u otras pruebas y, a pesar del tratamiento médico, hay disnea, dolor o fatiga.
- 5. **Diálisis:** personas que deben usar una máquina de diálisis renal para mantenerse con vida.
- 6. **Otra** _____
(Diagnóstico)

¿Cómo afecta esto a su movilidad? _____

C. Discapacidad visual:

- 1. **Legalmente ciego:** discapacidad visual bilateral que **no** puede corregirse con lentes.
- 2. **Contracción del campo visual:** personas cuyo diámetro más amplio del campo visual abarca una distancia angular de 20 grados, o inferior a 10 grados desde el punto de fijación, o cuya eficiencia del campo visual es igual o inferior a 20 grados.

D. discapacidad auditiva:

- 1. **Legalmente sordo:** discapacidad auditiva bilateral que **no** es corregible con audífonos.

E. Discapacidad cognitiva:

- 1. **Discapacidad del desarrollo:** discapacidad cognitiva que comienza antes de los 18 años.
- 2. **Discapacidad intelectual en adultos**
- 3. **Autismo:** comportamiento motor monótonamente repetitivo con retraimiento grave, respuesta inapropiada a los estímulos o relaciones sociales muy inadecuadas.
- 4. **Esquizofrenia**
- 5. **Síndrome orgánico cerebral/trastorno bipolar:** alteraciones cognitivas que requieren internación o atención domiciliaria, actividad laboral o talleres financiados.

F. Discapacidades neurológicas:

- 1. **Parálisis cerebral:** discapacidad no controlada con medicamentos.
- 2. **Esclerosis múltiple:** discapacidad no controlada con medicamentos.
- 3. **Epilepsia:** gran mal o psicomotor; las personas que tienen un período de **seis** sin sufrir convulsiones no cumplen con los requisitos.

G. Otra discapacidad: _____
(Diagnóstico)

¿Cómo afecta esto a su capacidad de utilizar el transporte público?

Nombre del médico/proveedor de atención médica

Número de licencia estatal (obligatorio)

Dirección de la consulta

Ciudad

Estado

Código postal

Código de área + número de teléfono

Código de área + número de fax

Certifico que el solicitante (indicado en el reverso) tiene una discapacidad que cumple con los criterios descritos anteriormente y que la información proporcionada es verdadera y correcta. El solicitante recibe actualmente mi atención para tratar las discapacidades indicadas anteriormente.

Firma autorizada

Fecha