



Autoridad de Transporte del Condado de Denton

604 East Hickory
Denton, Texas 76205

TEL: (940) 243-0077; FAX: (940) 387-1461

SOLICITUD DE TARIFA REDUCIDA PARA TERCERA EDAD/DISCAPACITADOS

La decisión de si una persona es "discapacitada" o no, con el significado de la definición dada en el presente, se hará en base a evidencias entregadas. Para la solicitud es esencial presentar certificación de un médico o de una agencia de certificación aprobada. Los solicitantes tendrán que pagar por su cuenta los servicios médicos o de agencias. Nos reservamos el derecho a solicitar prueba de discapacidad además de la opinión del médico o de la agencia.

Nuevo solicitante

- ☐ Solicito que el Representante de Servicio al Cliente del DCTA tome una foto y cree mi tarjeta en el sitio.
- ☐ Envié una fotografía a color reciente para su uso en la preparación de mi tarjeta de identificación, enviada por correo electrónico a CSR@dcta.net. (Por favor no envíe la licencia de conducción)
- ☐ Señor ☐ Señora ☐ Señorita ☐ Señora.

Apellido: _____

Primer nombre: _____

Dirección de residencia permanente: _____

Apto. #: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Firma del solicitante o tutor: _____

Sección C: Definición de discapacidad y elegibilidad

1. Se considera que una persona tiene una discapacidad por razón de enfermedad, lesión, malformación congénita u otra incapacidad o discapacidad temporal o permanente que, al no contar con instalaciones especiales, planeación o diseño especial no puede usar de manera eficiente las instalaciones de autobús de DCTA.
2. Edad, 65 años o mayor.
3. Titular de tarjeta de Medicare: cualquier titular de una tarjeta Medicare es elegible para Tarifas Reducidas.

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Decisión: ☐ Aprobado

☐ Denegado

Fecha de vencimiento:

☐ 3-años

☐ Otro _____

Revisado por: _

Fecha de revisión: _____

Por favor complete la Sección A - O - la Sección B, pero no ambas.

Sección A: Certificación de discapacitado

NOMBRE DE LA DISCAPACIDAD: Por favor marque una o más que apliquen

☐ Parapléjico	☐ Esclerosis múltiple	☐ Derrame
☐ Artritis, cadera o pierna	☐ Cuadripléjico	☐ Discapacidad visual
☐ Artritis (otro)	☐ Parálisis cerebral	☐ Discapacidad cognitiva
☐ Otro (especifique) _____		

NATURALEZA DEL PROBLEMA DE MOVILIDAD: Por favor marque una o más que apliquen

☐ Parapléjico	☐ Esclerosis múltiple	☐ Derrame
☐ Artritis, cadera o pierna	☐ Cuadripléjico	☐ Discapacidad visual
☐ Artritis (otro)	☐ Parálisis cerebral	☐ Discapacidad cognitiva
☐ Otro (especifique) _____		

CERTIFICACIÓN: (Completado por el médico u otra Agencia Aprobada Certificada)

Certifico que este solicitante es _____, no es _____, discapacitado según la lista de la Sección A de este formulario.

En mi opinión profesional, esta persona: _____ PUEDE, _____ PUEDE CON GRAN DIFICULTAD, _____ NO PUEDE usar los autobuses de Denton Transit debido a su discapacidad.

¿Cómo esta discapacidad afecta el uso de transporte público?

FIRMA DEL MÉDICO: _____

FECHA: _____

NOMBRE COMPLETO ESCRITO DEL MÉDICO: _____ **LICENCIA #:** _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE CONTACTO DEL MÉDICO: _____

FAX #: _____

FIRMA DE LA AGENCIA O EXAMINADOR: _____

FECHA: _____

NOMBRE COMPLETO ESCRITO: _____

AGENCIA U ORGANIZACIÓN _____ **CARGO:** _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE CONTACTO: _____

FAX #: _____

Sección B: Certificación de ciudadano de tercera edad

Certifico que a la fecha de esta solicitud tengo 65 años de edad o más.

FIRMA: _____

FECHA: _____