

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:** _____