



Solicitud de Elegibilidad PASAPORTE PARA DISCAPACITADOS

Esta tarjeta le permitirá viajar usando nuestros servicios de ubicación a un precio reducido y las rutas fijas para una tarifa gratis. Todos los autobuses son accesibles a móviles de movilidad.

Este formulario de certificación se utilizará para determinar la elegibilidad. Por favor complete este formulario en su totalidad. Un Médico o otra Agencia Certificada Aprobada debe completar la Sección 4.

Una vez que haya completado este formulario, llame al 469-474-2435 para programar su evaluación en persona. Si se aprueba, se tomará una foto para la tarjeta de identificación de tarifa reducida STAR Transit. Habrá una tarifa de procesamiento de \$2.00. Esta tarjeta de identificación de tarifa reducida debe ser presentada al conductor cada vez que aborda uno de estos servicios. Se requerirá una recertificación. Las tarjetas caducan el 31 de diciembre, tres años después de la fecha de emisión. Tendrá que seguir el mismo proceso anterior.

SECCIÓN 1

Nombre (Apellido, nombre): _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____ Masculino Femenina

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

¿Se puede llegar a una parada de autobús de ruta de autobús fija? Sí No

SECCIÓN 2

¿Tienes alguna discapacidad? Sí No

¿Es esto una condición temporal? Sí No

En caso afirmativo, tiempo. _____ Meses _____ Semanas

¿Usa alguna de las siguientes ayudas para la movilidad? (Marque todo lo que corresponda)

Bastón		Tirantes de pierna		Power Scooter	
Tablero de comunicación		Silla manual		Caminante	
Muletas		Tablero de fotos y alfabeto		Bastón blanco	
Perrode guía		Suministro de oxígeno portátil		Otro	
Silla de rueda tamaño grande		Silla eléctrica			

SECCIÓN 3

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Si la solicitud está siendo completada por alguien que no sea el solicitante, por favor complete la línea abajo.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

SECCIÓN 4 - CERTIFICATION (COMPLETADO POR EL MÉDICO U OTRA AGENCIA DE CERTIFICACIÓN APROBADA)

Como lo indica mi firma a continuación, confirmo que la información contenida en la Sección 2 es verdadera y correcta y en mi opinión profesional califica a la persona que solicita la elegibilidad para la tarifa para discapacitados.

Verificación del nombre del examinador (impresión): _____

Título de examinador: _____

Teléfono: _____

Verificación de la firma del examinador: _____

Comentarios: _____

FOR STAR TRANSIT OFFICE USE ONLY

Authorized by: _____ Date: _____

Approved

_____ Unconditionally Eligible

_____ Temporary _____ Length of time

Denied

Comments: _____

Para más información o para hacer preguntas, comuníquese con:

STAR Transit Mobility Management Department

469-474-2435

MobilityDpt@STARtransit.org