

H Solicitud para permiso de tarifa reducida por discapacidad

Para calificar para el permiso de tarifa reducida usted debe estar certificado como discapacitado por un médico o una enfermera acreditada O estar recibiendo Medicare. (Para personas mayores de 65 años, por favor use la solicitud de permiso para Adulto Mayor.)

PARTE I (Para ser llenada por el solicitante) Por favor use letra de imprenta.

NOMBRE: (Apellido, nombre, inicial 2do nombre) _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: (Calle, ciudad, estado, código postal) _____

Por la presente adjunto una copia de mi tarjeta Medicare # _____ como prueba de mi discapacidad O

Por la presente autorizo a (médico o enfermera acreditada) _____ para dar información a Metro Transit concerniente a mi discapacidad.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

PARTE II (Para ser llenada por un médico o enfermera acreditada)

Nombre del Solicitante _____ no puede realizar la(s) siguiente(s) función(es) necesaria(s) para el uso efectivo de instalaciones de transporte masivo sin significativa dificultad.

(Marque todas las que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abordar o posarse en un autobús estándar | <input type="checkbox"/> Contar/manipular cambio |
| <input type="checkbox"/> Pararse en un autobús en movimiento | <input type="checkbox"/> Identificar paradas |
| <input type="checkbox"/> Leer anuncios de información | <input type="checkbox"/> Recordar subir/bajar en la parada correcta |
| <input type="checkbox"/> Escuchar y/o entender los anuncios hechos por el conductor | <input type="checkbox"/> Hacer señal de parada |
| <input type="checkbox"/> Comunicarse con los empleados de Metro | |

Esta limitación es: (marque una) Temporal hasta _____ De duración indeterminada* Permanente

* El permiso emitido será válido sólo por seis meses.

ESCRIBA EL NOMBRE Y TÍTULO DEL MÉDICO O ENFERMERA ACREDITADA	TELÉFONO
FIRMA DEL MÉDICO O ENFERMERA ACREDITADA	FECHA

ENVÍE POR CORREO LA SOLICITUD LLENADA A:

**Metro Transit
1101 E. Washington Avenue
Madison, WI 53703**

PARTE III (Para ser llenada por Metro Transit)

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE METRO _____ FECHA DE EMISIÓN DEL PERMISO _____



Para más información o ayuda con esta solicitud – Llame a la Recepción de Metro
Teléfono: 266-4904 TTY/Textnet: 1-866-704-2316 Fax: 267-8778

Disabled Citizen Permit Application