

TRANSIT Services of Frederick County

Aplicación para la Tarjeta de Identificación para Boletos Reducidos

SECCIÓN I: DATOS GENERALES

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono Diurno: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento (mes,día,año): _____ / _____ / _____

SECCIÓN II: DATOS DE ELEGIBILIDAD

VETERANO MILITAR* _____

Favor proveer copia de uno de los documentos verificadores.

Identificación de Servicio Activo

Carnet de Identificación de Militar Jubilado (Formulario DD 2, Jubilado, si aplicable)

Identificación de Veterano

Certificación de Baja del Servicio Activo (Formulario DD 214)

Otra Identificación Militar (sujeta a verificación)

*Favor continuar en la página 3.

Discapacidad _____

Favor proveer verificación profesional que describa la naturaleza y duración de su discapacidad en la Parte 2, Página 3, de parte de un doctor, especialista en rehabilitación u otro profesional familiarizado con usted y su discapacidad.

Favor proveer una foto en color. Esta será usada para crear su carnet de identidad. Esta foto debe ser reciente y no debe ser una copia de su licencia de conducir, pasaporte u otro carnet gubernamental o estatal. Esta foto no será devuelta.

Favor permitir de 2 a 3 semanas para procesar.

SECCIÓN III: DATOS POR SI NECESITA AYUDA

Si utiliza silla de ruedas o algún otro dispositivo motorizado, favor indíquelo a continuación:

Fuente eléctrica: _____

Peso total combinado de usted y su silla de ruedas en libras: _____

Dimensión aproximada en pulgadas: Ancho: _____ Largo: _____



¿Necesita ayuda para viajar en el vehículo del TransIT de Rutas Fijas? No Sí

Favor describir: _____

¿Necesita una persona ayudante para poder viajar? No Sí A veces

Si indicó sí, indique el nombre del ayudante: _____

*Transit-plus no provee servicio de ayudante

¿Usa un animal de servicio cuando viaja? No Sí A veces

Si indicó sí, indique qué tipo de animal: _____

¿Qué entrenamiento ha recibido dicho animal?: _____

Favor indique si necesita recibir información en un formato alternativo. Favor especifique:

Letra grande Otro (Especifique): _____

¿Lee en Braille? Sí No

¿Usa un dispositivo de TDD/TYY? Sí No

¿Se puede comunicar en persona en inglés? Sí No

Si indicó que no, ¿qué métodos usa para comunicarse? Por ejemplo, ¿otro idioma, seña de manos, lee labios? _____

SECCIÓN IV: CERTIFICACIÓN

Certifico que la información descrita arriba es correcta y veraz. Entiendo que TransIT pueda que verifique o contacte al profesional proveyendo documentación acerca de mi discapacidad. Entiendo que seguiré las normas y regulaciones del TransIT.

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta solicitud fue completada por otro individuo, a nombre del solicitante, para la obtención de boletos reducidos, favor llene los datos a continuación:

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono: Casa: (____) _____ Trabajo: (____) _____

Relación con el solicitante: _____



TransIT Services of Frederick County

Professional Verification of Disability for Reduced Fare Eligibility **Verificación Profesional de Discapacidad para la Elegibilidad de Boletos Reducidos**

PARTE 1: A ser completado por el Solicitante / TO BE COMPLETED BY THE APPLICANT

Autorizo la divulgación de información solicitada para poder calificar para precios reducidos para los servicios de rutas fijas de los Servicios del TransIT del Condado de Frederick. Autorizo al personal del TransIT a contactar al profesional que completó este formulario si se necesitara alguna clarificación.

I hereby authorize the release of information requested on the following certification so that I may qualify for a reduced fare on the fixed-route service operated by TransIT Services of Frederick County. I authorize TransIT staff to contact the professional who completed this form if clarification of information is needed.

Name of Applicant / *Nombre del Solicitante*: _____

Signature / *Firma*: _____ Date / *Fecha*: _____

PART 2: TO BE COMPLETED BY THE MEDICAL PROFESSIONAL ONLY

(A ser completado por el profesional médico):

The individual named above has applied for reduced fare eligibility on TransIT's fixed-route service on the basis of his or her disability. This form requests your certification that the applicant does have a disability.

El individuo nombrado arriba ha solicitado ser elegible para recibir boletos a precio reducidos para el servicio de rutas fijas del TransIT en base a su discapacidad. Este formulario solicita su certificación, que dicho individuo tiene una discapacidad.

Professional's Name/*Nombre del profesional*: _____

Occupation/Title/*Profesión/Título*: _____

Organization/*Organización*: _____

Address/*Dirección*: _____

City/*Ciudad*: _____ State/*Estado*: _____ Zip/*Código*: _____

Telephone/*Teléfono*: (_____) _____ (Voice/*Voz* ____ or/o TDD ____)

I certify that the applicant individual named above has the following disability (please describe nature of his or her disability) / *Certifico que el individuo solicitante antes mencionado tiene la siguiente discapacidad (favor describir la naturaleza de su discapacidad)*: _____

It is my professional opinion that this individual's disability is / *Es mi opinión profesional que la discapacidad de este individuo es* ___ *Permanente* ___ *Temporal* *y que durará por* _____:

___ Permanent ___ Temporary (Expected duration: _____)

Medical Professional's Signature / *Firma del Profesional Médico*: _____ Date / *Fecha*: _____



fax al 301-600-3471 o por correo electrónico al transit@frederickcountymd.gov. Para hacer preguntas, favor llamar al TransIT al 301-600-2065, lunes-viernes 8 am – 5 pm, excluyendo días feriados. Usuarios del TTY marcar el Maryland Relay al 711.

9/29/2020

