TARIFA REDUCIDA DE RUTA FIJA SOLICITUD DE TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

Esta tarjeta es para personas mayores de 65 años o personas con dicapacidad. Esta tarjeta le dará derecho a una tarifa con descuento en el sistsema de autobuses de ruta fija de Simi Valley Transit.

Personas mayores de 65 años deben presentar copia de una identificación valida

Por favor imprima o escriba las sección a continuación:

Nombre:		
Dirección:		
Código/Postal:	Fecha de nacimiento:	
Teléfono:		
¿Usas alguno de los siguientes?: ❑ Silla de ruedas ❑ Scooter ❑ Caminante		
¿Necesita un asistente de cuidado personal?: ❑ Sí ❑ No		
Persona de contacto de emergencia:		Relación:
Dirección:	Código	Teléfono:
Por la presente, autorizo a la persona que se indica a continuación a divulgar, a la cuidad de Simi Valley, información sobre mi discapacidad para verificar la elegibilidad para una terjeta de indentificacion de tarifa reducida de ruta fija. Los la información divulgada se utilizará para determinar la elegibilidad para estos servicios. Firma _____ Fecha: _____		

La parte inferior de está solicitud solo se requiere para personas con una discapacidad. Envielo a su medico para que lo complete.

Por la presente certifico que soy un medico con licencia en el Estado de California. Yo creo que bajo el Criterios de elegibilidad (enumerados al dorso), la sección _____califica al solicitante para una ruta fija reducida. Tarjeta de identificacion de tarifa para usar en el sistema de autobús de ruta fija de Simi Valley Transit.		
¿La incapacidad es temporal?: ❑ Sí ❑ No	En caso afirmativo, duración prevista:	
Nombre del médico:	Firms del medico:	
Número de licencia:	Teléfono:	
Dirección de Negocios:		
Ciudad:	Estado:	Postal:

Cuando esté completo, correo electrónico o correo a:

City of Simi Valley/Transit
2929 Tapo Canyon Road Simi Valley, CA 93063

simitransit@simivalley.org

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD /SERVICIOS DIAL-A-RIDE

Sección 1. Deficiencia visual tal que:

a) La visión en el major ojo es 20/200 o menos después de la major corrección.
b) El campo visual se contrae a 10° o menos desde un Punto de fijación o subtiende un ángulo no mayor a 20°.

Sección 2. Pérdida auditiva bilateral Del 50% no corregida por el uso de un audiphones.

Sección 3. Deterioro musculo esquelético Como distrofia muscular, osteogénesis imperfecta o reumatismo o artritis de grado terapéutico III, clase funcional III o estado anatómico III.

Sección 4. Alteraciones cardiovasculares que dan lugar a una marcada limitación de la actividad fisica. Menos que la actividad fisica ordinaria provoca fatiga.

Sección 5. Insuficiencia respiratoria grave en la que no aparece dificultad para respirar en momentos de Descanso, Pero ocurre Durante las actividades diarias ordiinarias, Como subir escaleras. En el momento de la parte superior enfermedad respiratoria, puede llegar a ser lo suficientemente grave Como para requerir hospitalización.

Sección 6. Amputación o deformidad anatómica (por deficits vasculares o neurológicos, traumatismos) Pérdida de masa muscular o tendones, o evidencia de rayos X de anquilosis articular ósea o fibrosa subluxación o inestabilidad de:

a) Ambas manos
b) Una mano y un pie
c) Una extremidad inferior en o por encima de la region del tarso.

Sección 7. Trastorno neurológico debido a disfunción cerebral, incluido el autism, o daño al sistema central sistema nervioso, incluida la parálisis cerebral que resulta en una aberración de las funciones motoras. Parálisis, falta de coordinación o deficit motor functional en cualquiera de las dos extremidades debido a una lesión cerebral, espinal o lesión de nervio periférico, incluyendo paraplejía, cuadriplejía, hemiplejía, etc.

Sección 9. Trastorno emocional en la medida en que el solicitante vive en un centro de pension y cuidado, o en casa bajo supervisión y participando en un centro de actividades o taller patrocinado por un agencia financiada.

Sección 10. Epilepsia (trastorno de convulsiones) que implica deterioro de la conciencia que ocurre más frecuencia que una vez al mes a pesar Del tratamiento prescrito.

Sección 11. Caulquier otra minusvalia que consideres restringirá la movilidad. Adjunte una explicación con la solicitud.

Sección 12. Retraso Mental.

Sección 13. El solicitante no tiene ninguno de los trastornos mencionados, y<u>n o es</u> <u>elegible</u>.

<u>Exclusiones:</u> ❑ El embarazo
❑ Obesidad
❑ Alcoholismo agudo o crónico o adicción a las drogas
❑ Enfermedades contagiosas