

# SOLICITUD PARA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN PARA PRECIO REDUCIDO

Personas con discapacidad pueden recibir descuento en la tarifa de Gold Coast Transit District (GCTD) en el sistema de autobuses de rutas fijas. La tarjeta de identificación de GCTD para precio reducido, una tarjeta de Medicare o tarjeta de identificación de Paratransito de ADA debe ser mostrada al conductor al abordar para calificar para precio reducido. Si no muestra la identificación apropiada, el descuento no se aplicará. *(Si no esta discapacitado pero tiene 65 años o más de edad, califica para precio reducido y no es necesario completar esta aplicación.)*

La solicitud completa debe ser **DEVUELTA POR EL SOLICITANTE EN PERSONA** al Centro de Servicio al Cliente de GCTD, localizado en el 1901 Auto Center Drive, Oxnard, CA. **No aceptamos solicitudes incompletas.** Una vez allí, se le tomará una foto para la tarjeta de identificación

## SECCIÓN 1: Debe ser completada por el solicitante o por alguien en nombre del solicitante. Por favor escriba claramente. Todos los campos deben ser completados.

NOMBRE DEL SOLICITANTE

DOMICILIO (INCLUYA EL NÚMERO DEL APARTAMENTO)

CIUDAD

ESTADO

ZONA POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO

FECHA DE NACIMIENTO

PERSONA QUE DEBE SER CONTACTADA EN CASO DE EMERGENCIA

RELACIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO

Autorizo a la persona de la Sección 2 de esta solicitud a que dé a Gold Coast Transit District información médica u otra información pertinente sobre mi discapacidad. Esta información se usará solamente para determinar mi elegibilidad para esta tarjeta de identificación.

Firma del Solicitante

Fecha

## SECCIÓN 2: Debe ser completada por un médico o un profesional médico con licencia, un optometrista con licencia (para impedimentos visuales) o por un consejero/trabajador social (que representa a una organización reconocida que trabaja con personas incapacitadas). Por favor escriba claramente. Todos los campos deben ser completados.

Certifico que el solicitante califica bajo el o los **Numeros de Criterio** \_\_\_\_\_ (escriba todos los que se aplican) que están al otro lado de esta solicitud para obtener una tarjeta de identificación de discapacidad de GCTD.

La incapacidad es: (marque uno)  Permanente  Temporaria, y se espera que la duración sea: \_\_\_\_\_

Yo soy licenciado legalmente como \_\_\_\_\_ por el Estado de California y declaro que toda la información dada es verdadera y correcta.

NOMBRE

FIRMA

NÚMERO DE LICENCIA

FECHA

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO

DOMICILIO DEL NEGOCIO

CIUDAD

ESTADO

ZONA POSTAL

Devuelva esta solicitud al solicitante.

# CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

**El solicitante debe tener una de estas condiciones para calificar para una tarjeta de identificación para percio reducido, que le permite una tarifa reducida en las rutas fijas de GCTD.**

1. Impedimento visual que la visión del mejor ojo es 20/200 o menos después de la mejor corrección; o el campo de visión es limitado a 10 grado o menos de un punto fijo o subtiende un ángulo que no es más de 20 grado.
2. Impedimento auditivo pérdida bilateral de un 50% del oído que no ha sido corregida por un aparato audífono.
3. Impedimento muscular o esquelético como distrofia muscular, osteogenesis imperfecta, reumatismo severo o artritis de Grado Terapéutico III o peor, Clase Función III o peor, o Grado Anatómico III o peor.
4. Impedimento cardiovascular que resulta en limitación de actividades físicas. Actividad física que es menos que la ordinaria, causa fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginal. Actividad física ordinaria debería ser restringida notablemente.
5. Impedimento respiratorio severo en que se respira con dificultad, no en los momentos de descanso, pero cuando hace actividades diarias y ordinarias, como subir escaleras o cuando camina más de 200 pies. Cuando hay una enfermedad respiratoria que se puede poner tan severa que requiera hospitalización.
6. Amputación, deformidad anatómica (debida a déficit vascular o neurológico), pérdida traumática de masa o tendones, o evidencia por rayos X de anquilosis de fibras o huesos y desconyuntamiento, o inestabilidad de (a) ambas manos, (b) una mano y un pie, o (c) amputación de una extremidad baja en, o sobre la región tarsal.
7. Parálisis, falta de coordinación o déficit funcional en el movimiento de dos miembros, debido a daño del cerebro, la espina dorsal o nervios periféricos, incluyendo paraplegia, quadriplegia y hemiplegia.
8. Una incapacidad de desarrollo es una incapacidad que se manifiesta antes de que la persona alcance 22 años de edad, que constituye una incapacidad substancial al individuo afectado, y es atribuible a una discapacidad intelectual o condiciones relacionadas, u otras condiciones neurológicas.
9. Desorden emocional debido a la presencia de enfermedad mental, en la medida que el solicitante tiene un impedimento importante o síntomas que le impiden en su vida diaria, incluyendo esquizofrenia, depresión clínica, bi-polar y desórdenes de ansiedad.
10. Cualquiera otra incapacidad que un profesional médico considere que limita la movilidad del solicitante. Favor de añadir una explicación a esta solicitud.

## **Las siguientes condiciones no califican al solicitante:**

- **embarazo**
- **obesidad**
- **alcoholismo agudo o crónico o adicción a drogas**
- **enfermedades contagiosas**

Preguntas sobre elegibilidad deben ser dirigidas a la oficina del Centro de Servicio al Cliente, 805-487-4222.  
(TDD 711 CA Relay Service).