



Solicitud para la Administración de Tránsito de Maryland del Departamento de Transporte de Maryland (MDOT MTA)

Programa de Tarifas Reducidas para Personas con Discapacidades

Esta información se utilizará para determinar la elegibilidad del solicitante para el Programa de Tarifas Reducidas para personas con discapacidades de la Administración de Tránsito de Maryland del Departamento de Transporte de Maryland (MDOT MTA). Evaluaremos toda la información proporcionada y determinaremos elegibilidad y duración de su participación en el Programa de Tarifas Reducidas de MDOT MTA.

Para calificar en el programa cómo participante con discapacidad, el candidato debe tener una identificación oficial válida y que, por cuestión de enfermedad, lesión, defecto congénito u otra discapacidad que se prevee tenga una duración de 90 días o más, no puede utilizar el transporte público con la misma eficacia que otras personas. Las condiciones que no califican son: embarazo, obesidad, epilepsia controlada, enfermedades contagiosas que representen un peligro para otros pasajeros y enfermedades mentales menos graves. El candidato debe llenar la Sección 1 y pedir a su médico o profesional de la salud que llene y firme la Sección 2 de esta solicitud.

Las solicitudes se deben enviar por correo o se pueden entregar en persona en la Oficina de Certificación de Tarifas Reducidas de MDOT MTA, en el nivel del vestíbulo de 6 St Paul Street, Baltimore, MD 21202, de lunes a jueves entre 8:30 am y 4:00 pm. Las personas a quienes se les niegue la elegibilidad para recibir una tarifa reducida se pueden comunicar con la Oficina de Tarifas Reducidas llamando al: 410-767-3438 o por fax en 410-333-4347 para hablar sobre su caso y proporcionar información adicional que pueda ser importante para tomar la decisión sobre su elegibilidad.

Sección 1: Información del solicitante y autorización para su divulgación (en letra de molde)

Apellido: _____

Sr. Sra. Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Dirección: _____ Apt. _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento (mes/ día/ año) _____ Teléfono _____

¿Actualmente es portador de una identificación de discapacitado? Sí _____ No _____

Al firmar abajo certifico, bajo pena de perjurio, que la información proporcionada con anterioridad es verdadera y exacta. También autorizo a mi médico o mi profesional de la salud quien llenó esta solicitud para que divulgue la información sobre mi discapacidad a MDOT MTA y que se verifique mi elegibilidad para recibir la Tarjeta de Identificación de Tarifa Reducida.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

El proceso de solicitud tarda aproximadamente 2 semanas a partir de la fecha en que se recibe.

SÓLO PARA USO DE MTA: Eliminar _____ Vence _____

Sección 2: Certificación médica (por favor escriba en letra de molde)

(ESTA SECCIÓN SÓLO LA DEBE LLENAR UN MÉDICO O UN PROFESIONAL DE LA SALUD)

Nombre del solicitante _____

Proporcione una explicación detallada y específica de la discapacidad del solicitante y específicamente de qué manera afecta su habilidad para utilizar los servicios de transporte de MDOT MTA (Autobús, Metro y Tren Ligero). Por favor, incluya un diagnóstico específico de la discapacidad del individuo. Para obtener más información sobre los tipos de discapacidad específicos consulte el formulario de orientación a partir de la página 4.

¿Cuánto se prevee durará la discapacidad?

_____ Corto plazo: condiciones que duran al menos 90 días pero que probablemente mejoren en el plazo de un año. Se emitirá una tarjeta de discapacidad por un período de tiempo apropiado, basado en la condición del individuo y la fecha de vencimiento no excederá los tres años.

Por favor, marque el plazo a continuación:

_____ 3 meses

_____ 6 meses

_____ 9 meses

_____ Largo plazo: condición(es) que dura(n) 1 año o más (Todas las discapacidades a largo plazo se revisan y se renuevan cada 36 meses)

Sección 2: Certificación médica *continuación* (por favor escriba en letra de molde)

(ESTA SECCIÓN SÓLO LA DEBE LLENAR UN MÉDICO O UN PROFESIONAL DE LA SALUD)

Nombre del médico o profesional del cuidado de la salud: _____

Número de licencia: _____ Estado _____

Nombre de la institución (letra de molde): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono (T) _____ (C) _____ Fax: _____

Correo electrónico _____

Verificación y autorización:

Certifico, bajo pena de perjurio, que la información proporcionada con anterioridad es verdadera y exacta. Entiendo que MDOT MTA se basará en esta información para determinar la elegibilidad de participación en el programa.

Firma del médico o profesional de la salud

Nombre del médico o profesional de la salud

(en letra de molde)

Fecha

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:	091912
Tarjeta #:	_____
Fecha de vencimiento:	_____
Categoría:	_____
Aprobado por:	_____
Fecha de emisión:	_____

Guía de Elegibilidad de Tarifas Reducidas

A continuación se describen las condiciones médicas que pueden resultar en la elegibilidad de personas con discapacidades para el Programa de Tarifas Reducidas de MDOT MTA bajo las normas incluidas en el código de reglamentos federales 49 C.F.R. §609.3. Los individuos que tengan otras condiciones médicas podrían calificar si cumplen con el estándar federal.

1. Los pacientes califican de forma automática si son mayores de 65 años y tienen una identificación válida, si es un veterano militar a quien el Departamento de Veteranos le concedió una clasificación de discapacidad del 60% o más o si recibe la compensación por discapacidad del Seguro Social. **Se debe entregar una carta de adjudicación con fecha de no más de 30 días antes.**
2. **Amputación:** un individuo que tenga una amputación de una o ambas manos, brazos, pies o piernas.
3. **Enfermedades neurológicas:** un individuo que tenga dificultades de coordinación, comunicación, interacción social y/o percepción de una lesión o enfermedad cerebral, en la columna o en los nervios periféricos, tiene discapacidad motriz funcional o sufre manifestaciones que reducen significativamente su movilidad.
4. **Enfermedades pulmonares o cardíacas:** Un individuo que tiene una enfermedad pulmonar o cardíaca que tenga como consecuencia una marcada limitación del funcionamiento físico y a disnea cuando realiza actividades como subir escaleras y/o caminar una distancia corta. Si tiene diagnóstico de asma, el profesional de la salud debe indicar si: a) el individuo ha estado tomando un medicamento sistémico durante los últimos 6 meses, O b) el individuo ha tenido que usar un inhalador de acción rápida durante 3 o más episodios a la semana en los últimos 6 meses.
5. **Cegara o deficiencia visual:** una persona que sea legalmente ciega, cuya su agudeza visual en el mejor ojo y con corrección, es 20/200 o menos, o que tenga hemianopía de 10 grados o menos desde un punto de fijación o de manera que el diámetro más ancho delimita un ángulo no mayor de 20 grados. Una persona que tiene deficiencia visual y cuya agudeza visual se encuentra en el rango de 20/70 a 20/200 con la mejor corrección.
6. **Sordos o con dificultad auditiva:** una persona que tenga un promedio de tonos puros superior a 70dB en ambos oídos, independientemente de si usa audífonos.
7. **Epilepsia:** una persona que haya tenido al menos una convulsión tónico-clónica dentro de los últimos 4 meses.
8. **Discapacidades mentales o de desarrollo:** Un individuo que tenga una importante discapacidad de aprendizaje, a nivel de percepción o cognitiva. Se pueden excluir del beneficio algunas condiciones como el Trastorno de Déficit de Atención (TDA).
9. **Enfermedad mental:** una persona cuya enfermedad mental incluya un trastorno considerable de pensamiento, percepción, orientación o memoria que afecta su juicio y comportamiento.
10. **Enfermedades crónicas de debilitamiento progresivo:** una persona que sufre enfermedades debilitantes, deficiencias autoinmunes o malignidades progresivas e incontrolables, cualquiera de las cuales se caracteriza por fatiga, debilidad, dolor o cambios en el estado mental que impiden la movilidad.
11. **No ambulatorio:** una persona que no puede caminar y que requiere el uso de una silla de ruedas u otro aparato de movilidad.
12. **Semi ambulatorio:** una persona que tiene una condición crónica que limita considerablemente su capacidad para caminar o que no puede caminar sin el uso de aparato ortopédico para la pierna, andador o muletas.
13. **Adicción a las drogas o al alcohol:** Un individuo que está inscrito y participando activamente en un programa de tratamiento de abuso de sustancias certificado y/o acreditado.

Envíe a o entregue el formulario en:

MDOT MTA Reduced Fare Certification Office, 6 St Paul Street, 1st Floor Baltimore MD 21202

Horario de oficina: lunes a jueves de 8:30am a 4:00pm Cerrado de viernes a domingo

Teléfono 410-767-3438 Fax 410-333-4347

POR FAVOR NO ENVÍE ESTA PÁGINA POR FAX