

Para Médicos y Agencias Certificadoras

Para participar en el Programa de Personas con Discapacidades ofrecido por el Metro, su cliente/paciente debe tener una condición física o mental que esté incluida en la siguiente lista de criterios de elegibilidad médica. Marque todos lo que corresponda.

¿La condición es permanente? Sí No

¿La condición ha existido por un mínimo de 90 días-? Sí No

A. Discapacidades No Ambulatorias

1. Impedimentos que requieren el uso de una silla de ruedas.

B. Discapacidades Físicas Semiambulatorias

1. **Movilidad restringida.** Discapacidades que requieren el uso permanente de un bastón, muletas, soporte en una pierna u otro aparato ortopédico que le ayude a la persona a movilizarse.
2. **Artritis. Los criterios de la Asociación Americana de Reumatismo se pueden usar como guías** para determinar la incapacidad artrítica; Grado Terapéutico III, Clase Funcional III, Estado Anatómico III o más grave es prueba de incapacidad artrítica.
3. **Pérdida de Extremidades.** Deformidad anatómica de o amputación de ambas manos, una mano y un pie o pérdida de una función principal.
4. **Accidente Cerebrovascular.** Efectos debilitantes continuos como consecuencia de accidente cerebrovascular o parálisis cerebral.
5. **Enfermedad Cardiopulmonar.** Serias pérdidas de reservas en el corazón o en los pulmones según se muestra en radiografías, electrocardiogramas u otras pruebas y si a pesar de recibir tratamiento médico todavía existe fatiga, dolor o dificultad para respirar.
6. **Diálisis.** La persona que para sobrevivir debe recibir tratamiento con máquina de diálisis para riñones.
7. **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.** (SIDA)/VIH+
8. **Otros.** Por favor, explicar:

C. Discapacidades de Visión

1. **Legalmente Ciego.** Impedimento visual bilateral que no se puede corregir con lentes.
2. **Contracción del Campo Visual.** Aquellas personas cuyo diámetro más ancho del campo visual es menor a una distancia angular de 20 grados, o menos de 10 grados desde el punto de fijación; o cuya eficiencia del campo visual es de 20 grados o menos.

D. Discapacidades de Audición

1. **Legalmente Sordo.** Impedimento auditivo bilateral que no se puede corregir con audífono.

E. Discapacidades Mentales

1. **Discapacidad de Desarrollo.** Incapacidad mental que se origina antes de los 18 años.
2. **Retardo Mental de Adulto.**
3. **Epilepsia.** Gran Mal o psicomotor. Las personas que no han tenido convulsiones durante un período continuo de seis meses no cumplen los requisitos.
4. **Autismo.** Comportamiento motor repetitivo, retraimiento serio, respuestas inapropiadas ante estímulos y relaciones sociales inadecuadas.
5. **Discapacidades Neurológicas.** Impedimentos neurológicos y físicos que no pueden controlarse con medicamentos (por ejemplo- parálisis cerebral o esclerosis múltiple)
6. **Síndrome Orgánico Cerebral/trastorno emocional o bipolar.** Trastornos mentales que requieren internación o cuidado continuo en la casa, y trabajo o taller especialmente supervisados.
7. **Esquizofrenia.**

F. Si recibe Beneficios por Discapacidad.

1. **Tarjeta de Medicare.** (Por favor envíe una copia de su tarjeta de Medicare. **Los beneficiarios de Medicaid estatal no califican**)
2. **Veterano con Discapacidad** certificado al 50% o mayor.

El Metro se reserva el derecho de confiscar una tarjeta de importe reducido que se ha usado de manera inapropiada. Las tarjetas de importe reducido no se pueden prestar ni pedir prestadas. **Una tarjeta confiscada no se devolverá ni se reemplazará.** La persona puede solicitar una otra vez luego de la fecha de vencimiento del programa. Esta solicitud es propiedad del Metro.

--	--

Escribir en letra de molde Nombre del médico o agencia certificadora No. de código de la agencia

--

Dirección

		-			
--	--	---	--	--	--

Código de área Número de teléfono

--	--	--	--	--

No. de licencia médica requerida

Debido a la discapacidad indicada anteriormente, certifico por la presente que el solicitante es discapacitado según queda definido por los criterios arriba mencionados y a mi leal saber y entender la información precedente es verdadera y correcta.

Firma autorizada _____

Fecha _____