The Metro
Kansas City Area Transportation Authority
1200 E.18th St.
Kansas City, MO 64108
(816) 221-0660

Personas con Discapacidadas 2009-2012

Solicitud de Tarjeta de Importe Reducido

Escribir en letra de molde

Apellido | Nombre | Inicial del segundo nombre

Número | Dirección | Número de Apartamento

Ciudad | Estado | Código Postal

Área | Número de Teléfono – | Masculino Femenino | Fecha de Nacimiento Mes Día Año | XXX XX Nr. Seguro Social (últimos cuatro dígitos)

Marcar el cuadrito correspondiente y firmar abajo:

☐ **La Primera Tarjeta.** Si usted no ha tenido una tarjeta de importe reducido antes, marque este casillero. Complete la información anterior y envíe **$1.00 en efectivo o por giro postal. Su médico u otro agente certificador competente debe completar y firmar el reverso de esta solicitud, o envíe una copia de su tarjeta de Medicare, excepto en el caso de un reemplazo. No se aceptan cheques.**

☐ **Tarjeta de Renovación.** Si su tarjeta se vence el **31 de Octubre de 2009**, marque este casillero. Complete la información anterior y **envíe $1.00 en efectivo o por giro postal. No se aceptan cheques. Envíe efectivo o giro postal.**

☐ **Tarjeta de Reemplazo.** Si perdió su tarjeta o si se la robaron, marque este casillero. Una tarjeta de reemplazo cuesta $5 la primera vez, $10 la segunda vez o $15 la tercera vez. Reemplazos adicionales luego de la cuarta tarjeta quedarán a discreción del agente emisor. **No se requiere certificación para las tarjetas de reemplazo.** Envíe el monto correcto con su solicitud. **Envíe efectivo o giro postal. No se aceptan cheques.**

No se emitirán tarjetas de importe reducido en el acto. Cuando estén listas, las tarjetas se enviarán por correo a la dirección provista en la solicitud o se pueden recoger en persona en la fecha especificada.

Entiendo que mi Tarjeta de Importe Reducido para Personas con Discapacidadas **no es transferible a otras personas** y que el Metro se reserva el derecho a determinar si se satisfacen los requisitos para la emisión de tarjetas según lo disponen las condiciones establecidas al reverso de esta solicitud. Esta tarjeta tendrá validez desde el 1 de noviembre de 2009 hasta el 31 de octubre de 2012.

Firma _____ Fecha _____

Envíe esta solicitud completa y el monto correcto en efectivo o por giro postal a la oficina de Kansas City Area Transportation Authority. No se aceptan cheques.

Si esta es la primera vez que usted solicita su primera tarjeta de importe reducido, el reverso de esta solicitud debe estar completado y firmado por su médico u otro agente certificador, o usted puede enviar una copia de su tarjeta de Medicare junto con su solicitud. (Medicaid estatal no cumple los requisitos).

Los portadores de Tarjeta Medicare también pueden tomar El Metro a mitad de precio y deberán presentar su tarjeta de Medicare cuando usen un Pase Mensual o cuando paguen su boleto en efectivo.

Solamente para Uso Oficial – For Office Use Only

Card No. | Sticker No. | Receipt No. | Issue Date – – | Amount Paid | Issuer

Revocation

Incident No. | Reasons: _____

Additional Notes: _____

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 Terapeútico 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