



## SOLICITUD DE PASES CON DESCUENTO PARA MAYORES O PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Gracias por su interés en el programa de pases con descuento de Visalia Transit. Este programa ofrece una tarifa reducida en los servicios de Visalia Transit para los clientes elegibles. Esta aplicación es solo para personas mayores de 65 y personas con discapacidades. Si es elegible para el programa, se le emitirá una identificación. La identificación le permitirá comprar pases a una tarifa con descuento.

### EL PROCESO DE SOLICITUD

1. Proporciona su información y firma la solicitud
2. Si corresponde a una discapacidad, pídale a su médico o profesional de la salud con licencia que lo esté tratando por la discapacidad calificada que complete las páginas 3 y 4 de la solicitud.
3. Envíe o presente la solicitud original y prueba de elegibilidad requerida a:

**Visalia Transit Center  
425 E Oak Ave.  
Visalia CA 93291**

4. Si su solicitud es enviada por correo, se asignará una cita para una identificación con foto, después de ser aprobado

### NOTIFICACIÓN DE APROBACION

Visalia Transit le notificará si su solicitud es aprobada dentro de los 15 días posteriores a la recepción de su solicitud. Si se aprueba, se le enviará la identificación por correo.

Hasta que se apruebe su solicitud, los pases se compran a tarifa regular.

Visalia Transit se reserva el derecho de tomar una determinación final de elegibilidad. Las aplicaciones son solo para uso interno y no estarán sujetas a revisión pública. Si se rechaza una solicitud, se puede presentar una apelación ante Visalia Transit o puede volver a enviar otra solicitud.

**Información incorrecta o incompleta en la solicitud, el no proporcionar la identificación requerida o la imposibilidad de verificar la certificación del médico / proveedor de atención médica con licencia puede resultar en la descalificación para una tarjeta de identificación para discapacitados de Visalia Transit dentro de los 15 días.**

**DEJADO EN BLANCO INTENCIONADAMENTE  
CONTINÚE A LA PÁGINA 3**



## SOLICITUD DE PASES CON DESCUENTO PARA MAYORES O PERSONAS CON DISCAPACIDAD



FOR OFFICE USE ONLY

Received Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Reviewed Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Denied Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Approved : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Expiration Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entered in Log  Access 

Visalia Transit le notificará por escrito si su solicitud ha sido aprobada dentro de los 15 días posteriores a la recepción de su solicitud. Visalia Transit se reserva el derecho de tomar una determinación final de elegibilidad para tarjetas de identificación para discapacitados. Las aplicaciones son solo para uso interno y no estarán sujetas a revisión pública. Si se rechaza una solicitud, se puede presentar una apelación ante Visalia Transit o el solicitante puede volver a enviar otra. Un padre o tutor legal debe firmar para los solicitantes menores de 18 años.

### SOLICITANTE

Nuevo  Renovacion  Photo

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Primer Nombre Apellido Segundo Nombre Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
 Dirección Ciudad Estado Código Postal

\_\_\_\_\_  
 Correo electrónico (\_\_\_\_\_) Número de teléfono

### 1. Marque la casilla correspondiente a continuación

- ( ) **NUEVA - Identificación para discapacitados:** solicitando la tarjeta de identificación para discapacitados de Visalia Transit. Si corresponde, pídale a su médico o proveedor de atención médica autorizado con licencia que complete y firme las páginas 3 y 4
- ( ) **NUEVA - Identificación para personas mayores:** solicitando la tarjeta de identificación para personas mayores de 65 años de Visalia Transit.
- ( ) **RENOVACIÓN - para discapacitados:** si su tarjeta de identificación de discapacitados de Visalia Transit está vencida. Si corresponde, pídale a su médico o proveedor de atención médica con licencia autorizado que complete y firme las páginas 3 y 4. (Si es requerido)
- ( ) **REEMPLAZO** - Si perdió o le robaron su tarjeta de identificación de Visalia Transit. El costo de reemplazo es de \$ 2.00.

### 2. Solicito una tarjeta de identificación de Visalia Transit de la siguiente manera. (Por favor marque todos los que apliquen.)

- ( ) Tengo 65 años o más. (Debe mostrar una identificación con foto válida emitida por el gobierno que muestre su fecha de nacimiento). **NO se requiere declaración de profesional autorizado (HAGA UNA FOTOCOPIA DE LA ID)**
- ( ) Estoy proporcionando prueba de elegibilidad actual por parte de la Administración de Veteranos por tener una discapacidad de al menos el 40% **NO se requiere la declaración del profesional de la licencia (HAGA UNA FOTOCOPIA DE LA TARJETA)**
- ( ) Presento una tarjeta de Medicare válida emitida por la Administración del Seguro Social. **NO se requiere la declaración del profesional de la licencia (HAGA UNA FOTOCOPIA DE LA TARJETA)**
- ( ) Estoy médicamente discapacitado certificado por un médico, psiquiatra, psicólogo (Ph.D.), asistente médico (P.A.), enfermero profesional registrado avanzado (A.R.N.P.) o audiólogo, con licencia en el estado de California. Visalia Transit se reserva el derecho de comunicarse con su proveedor de atención médica para verificación.

Last Name: \_\_\_\_\_

First Name \_\_\_\_\_

Expiration: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 3. Leer, firmar, y fechar

Certificó a mi leal saber y entender que la información de esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa podría resultar en la cancelación de mi estado de elegibilidad.

Entiendo que mi tarjeta de identificación de Visalia Transit no es transferible a otras personas y que Visalia Transit se reserva el derecho de determinar las calificaciones para emitir tarjetas de acuerdo con los términos y condiciones enumerados en la solicitud. Entiendo que mi tarjeta de identificación para discapacitados de Visalia Transit es válida hasta la fecha impresa en la tarjeta y que debo volver a solicitar para renovar mi elegibilidad. Entiendo que al abordar el autobús, debo mostrar mi tarjeta de identificación de Visalia Transit al conductor.

Entiendo que los profesionales involucrados en la evaluación de mi elegibilidad mantendrán la confidencialidad de la información de esta solicitud. Entiendo que Visalia Transit puede comunicarse con el médico o proveedor de atención médica con licencia que se encuentra al dorso de este formulario para verificar mi discapacidad calificada. **Autorizo al médico certificador o al proveedor de atención médica autorizado a proporcionar toda la información necesaria a Visalia Transit para determinar mi elegibilidad para el programa Visalia Transit Disabled ID.**

**\* He leído y entiendo que hasta que se apruebe mi tarjeta de identificación de Visalia Transit, tendré que comprar la tarifa regular para adultos. Un padre o tutor legal debe firmar para el solicitante menor de 18 años.**

---

Firma (NO se copias o enviadas por fax)

---

Fecha de la firma

### 4. Regrese esta aplicación

**Hable para ser una cita:**

Visalia Tranist  
(559) 713-4100

**Ubicacion de cita:**

Visalia Tranist Center  
425 E. Oak Ave. Suite 301  
Visalia, CA 93291

## **DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD POR DISCAPACIDAD MÉDICA DEL PROFESIONAL CON LICENCIA**

Escribe el nombre de solicitante: \_\_\_\_\_

Para calificar para una tarjeta de identificación para discapacitados de Visalia Transit, su cliente / paciente que figura en el frente de esta solicitud debe tener una condición física o mental que se encuentre dentro de los criterios de elegibilidad médica enumerados a continuación que limitan sustancialmente la actividad principal de la vida, como el cuidado de uno mismo, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender o trabajar. Las condiciones que no califican son: embarazo, obesidad, alcoholismo agudo o crónico o adicción a las drogas y enfermedades contagiosas que representan un peligro para otros pasajeros.

### **ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR UNO DE LOS SIGUIENTES:**

- ( ) Médico      ( ) Quiropráctico      ( ) Proveedor de atención sanitaria      ( ) Fisioterapeuta  
( ) Consejero de rehabilitación      ( ) Otro profesional con licencia: \_\_\_\_\_

### **¿La discapacidad es permanente?**

- ( ) Si  
( ) **En caso negativo ¿CUÁNTO TIEMPO espera que dure la discapacidad?** \_\_\_\_\_

**\* NOTA si una discapacidad es temporal, debe durar al menos 90 días para ser elegible para una tarifa reducida.**

### **Por favor marque todos los que apliquen**

- ( ) Veterano discapacitado
- ( ) NO AMBULATORIO: Un individuo que no puede caminar y requiere el uso de una silla de ruedas u otro dispositivo de movilidad.
- ( ) SEMIAMBULATORIO: Un individuo que tiene una condición crónica que limita sustancialmente la capacidad de caminar, o no puede caminar sin el uso de un aparato ortopédico, andador o muletas.
- ( ) AMPUTACIÓN: Un individuo que tiene una amputación de una o ambas manos, brazos, pies o piernas.
- ( ) ACV: Un individuo que tiene déficits motores funcionales sustanciales en dos extremidades cualesquiera, pérdida del equilibrio y / o alteraciones tres meses después del accidente cerebrovascular.
- ( ) CONDICIONES NEUROLÓGICAS DISTINTAS DEL ACCIDENTE: Un individuo que tiene dificultad con la coordinación, la comunicación, la interacción social y/o la percepción de una lesión o enfermedad cerebral, espinal o del nervio periférico, tiene deficiencias motoras funcionales o sufre manifestaciones que reducen significativamente la movilidad. **Se requiere un diagnóstico específico:** \_\_\_\_\_
- ( ) CONDICIONES PULMONARES O CARDÍACAS: Un individuo que tiene una condición pulmonar o cardíaca que resulta en una marcada limitación del funcionamiento físico y disnea durante actividades como subir escalones y/o caminar una distancia corta. **Si el diagnóstico es asma, indique: A)** el individuo ha estado tomando medicación sistémica durante los últimos seis meses inmediatos, **B)** el individuo ha tenido que usar un inhalador de acción rápida durante tres o más episodios por semana durante los últimos seis meses inmediatos. **Se requiere un diagnóstico específico:** \_\_\_\_\_
- ( ) VISIÓN CIEGA O BAJA: Un individuo que es legalmente ciega, cuya agudeza visual en el mejor ojo, con corrección, es de 20/20 o menos, o que tiene una visión de túnel de 10 grados o menos desde un punto de fijación o por lo que el diámetro más ancho subtiende un ángulo no mayor de 20 grados. Un individuo tiene baja visión y cuya agudeza visual está en el rango de 20/70 a 20/200 con la mejor corrección.
- ( ) SORDO O CON DIFICULTAD AUDITIVA: Un individuo con un tono puro promedio superior a 70 dB en ambos oídos, independientemente del uso de audífonos.
- ( ) EPILEPSIA: Un individuo que ha tenido al menos una convulsión tónico-clónica en los últimos cuatro meses.
- ( ) DISCAPACIDADES DE DESARROLLO O DE APRENDIZAJE: Un individuo que tiene una discapacidad significativa de aprendizaje, percepción y/o cognitiva. Algunas condiciones están excluidas de la elegibilidad, como el trastorno por déficit de atención y el ADHD. **Se requiere un diagnóstico específico:** \_\_\_\_\_

( ) ENFERMEDAD MENTAL: Un individuo que cuya enfermedad mental incluye un trastorno sustancial del pensamiento, la percepción, la orientación o la memoria que afecta el juicio y el comportamiento.

**Se requiere un diagnóstico específico:** \_\_\_\_\_

( ) CONDICIONES DEBILITANTES PROGRESIVAS CRÓNICAS: Un individuo que experimenta enfermedades debilitantes, autoinmunes. Deficiencias, o neoplasias progresivas e incontrolables, y de las que se caracterizan por fatiga, debilidad, dolor y/o cambios en el estado mental que dificultan la movilidad.

**Se requiere un diagnóstico específico:** \_\_\_\_\_

( ) OTRA DISCAPACIDAD (explique):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Certifico que soy un profesional con licencia legal del Estado de California, que actualmente estoy tratando al cliente / paciente que figura en el frente de esta solicitud por una discapacidad que califica, que el solicitante está discapacitado según lo definido por los criterios anteriores y la información que haya proporcionado es verdadero y correcto **bajo pena de perjurio** de acuerdo con las leyes del estado de California.

\_\_\_\_\_  
Nombre del profesional con licencia (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Numero de licencia profesional con licencia **(REQUERIDA)**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección / Suite / Ciudad, Estado, Código Postal

(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono