

Autoridad de Tránsito del Área Regional de Des Moines
620 Cherry Street
Des Moines, IA 50309
Teléfono 515-283-8100

Aplicación para Media Tarifa

Nombre _____
(Letra de molde) (Primer nombre) (Inicial segundo nombre) (Apellido)

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

Correo electrónico _____

Yo estoy aplicando para la tarjeta de identificación de DART de Media Tarifa basado en lo siguiente. Por favor marque sólo una.

- Tengo 65 años o más
- Estoy proporcionando una carta de adjudicación de elegibilidad vigente que menciona que estoy recibiendo beneficios de discapacidad del Seguro Social o beneficios de ingresos de seguridad suplementarios debido a discapacidad*
- Estoy proporcionando una prueba de elegibilidad vigente de la Administración de Veteranos de que tengo una discapacidad / tarjeta de servicios relacionados VA (Service Connected VA card)
- Estoy presentando una tarjeta válida de Medicare Soy actualmente un usuario de DART Paratránsito
- Estoy proporcionando una identificación válida de Media Tarifa de fuera del estado que ha sido aprobada por otra agencia de tránsito
- Estoy medicamente discapacitado lo cual está certificado por un doctor (M.D.), psiquiatra, psicólogo (Ph.D.), medicina osteopática (D.O) **Vea al reverso la forma de Certificación del Proveedor de Servicios de Salud**

Todas las aplicaciones deben de tener una certificación válida antes de la revisión y deben ser entregadas en persona con una identificación con fotografía. Todas las tarjetas de reemplazo cuestan \$5.00.

Firma del aplicante _____ Fecha _____

* No se acepta la carta de adjudicación del Seguro Social para verificación a menos que mencione que usted recibe beneficios de discapacidad o sean listados beneficios de Medicare.

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

FECHA _____ TARJETA # _____ INT. _____ TEMP. _____ A _____



Certificación del Proveedor de Servicios de Salud

Debe de ser completada y firmada por alguno los siguientes profesionales de servicios de salud certificados y licenciados:

[Doctores (M.D.), psiquiatras, psicólogos (Ph.D.) o medicina osteopática (D.O)]

La información en esta aplicación permanecerá archivada en DART y no está sujeta a revisión pública.

Los aplicantes no califican si su única discapacidad es: embarazo, obesidad, alcoholismo agudo o crónico o adicción a las drogas; y enfermedades contagiosas que presenten un peligro para otros pasajeros.

El criterio de elegibilidad en la aplicación es de acuerdo con la siguiente definición: “una persona con una discapacidad significa cualquier individuo que, por razón de enfermedad, lesión, edad, disfunción congénita, u otra incapacidad o discapacidad permanente o temporal, es incapaz de utilizar servicios y localidades de transportación masiva sin instalaciones especiales, planeación o diseño especial tan efectivamente como las personas que no están afectadas.”

SECCIÓN PARA EL MÉDICO

Yo certifico que de acuerdo con la examinación personal _____
(Nombre del aplicante)

califica para el programa de media tarifa por discapacidad ofrecido por DART. (Si es temporal, por favor especifique las fechas. _____)

NATURALEZA DE LA DISCAPACIDAD

_____ MENTAL _____ DEFICIENCIA VISUAL _____ LIM FÍSICA _____ OTRA (POR FAVOR ESPECIFIQUE) _____

NOMBRE DEL DOCTOR CON LETRA DE MOLDE _____ FECHA _____

FIRMA DEL DOCTOR _____ CREDENCIALES _____

TELÉFONO _____ DIRECCIÓN _____