



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 \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_