

**Solicitud del Permiso regional de tarifa reducida para personas con discapacidades y de la tercera edad**

Esta solicitud está disponible en formato accesible • No se aplican cargos por el primer permiso. Un permiso de reemplazo sale \$3.

**Nota:** Los solicitantes deben tener al menos 6 años de edad para poder solicitar el permiso regional de tarifa reducida.

**Letra de imprenta.**

**Nombre** \_\_\_\_\_  
Primero Segundo Apellido

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código postal** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

Antes de completar esta solicitud, lea la sección de solicitantes del folleto Criterios y condiciones médicas de elegibilidad.

Solicito un Permiso regional de tarifa reducida en las siguientes condiciones. *Marque solo una opción.*

**Permiso permanente:**

- Tengo 65 años o más.
- Presento comprobante de la Veterans Health Administration (Administración Sanitaria de Veteranos) que demuestra que actualmente cumpla con los requisitos por tener una discapacidad de al menos el 40 %.

**Permiso temporal:**

- Presento comprobante de que cumpla con los requisitos y de que recibo beneficios por discapacidad o beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario del Seguro Social debido a una discapacidad.
- Presento una tarjeta válida de Medicare que emite la Social Security Administration (Administración del Seguro Social).
- Actualmente, participo en un programa vocacional de formación profesional del Individual Educational Program (IEP, Programa Educativo Individualizado) del estado de Washington.
- Presento una identificación de estacionamiento para discapacitados emitida por el Departamento de Licencias de Washington junto con una identificación con fotografía otorgada por el gobierno.

**Permiso permanente o temporal (caso por caso):**

- Presento una tarjeta regional de transporte público para personas con discapacidades de la Americans with Disabilities Act (ADA, Ley para Estadounidenses con Discapacidades) válida u otros documentos complementarios expedidos por (ingresar agencia) \_\_\_\_\_
- La tarjeta de transporte público para personas con discapacidades de ADA/materiales complementarios vencen el \_\_\_\_\_
- Tengo una o varias discapacidades físicas evidentes que cumplen uno o varios de los criterios enumerados en el documento de criterios y condiciones médicas de elegibilidad.

Tengo una discapacidad médica que certifica un médico, un psiquiatra, un psicólogo (Ph.D.), un asistente médico, un enfermero titulado superior, un audiólogo titulado por la American Speech-Language-Hearing Association (Asociación Americana del Habla, el Lenguaje y la Audición), un médico osteópata con licencia del Estado de Washington. Consulte el formulario de certificación del proveedor de atención médica en el dorso de esta solicitud. Esta agencia se reserva el derecho de ponerse en contacto con su proveedor de atención médica para su verificación.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Para uso oficial únicamente**  
 N.º de id.: \_\_\_\_\_  
 PCA \_\_\_\_\_  
 Temporal  
 Permanente  
 FECHA \_\_\_\_\_



## Permiso regional de tarifa reducida: Certificación de elegibilidad

### Descargo de responsabilidad del solicitante. En letra de imprenta.

Por la presente, autorizo al médico a divulgar cualquier información necesaria para completar esta certificación. Entiendo que esta información es confidencial y no se divulgará sin mi aprobación o una orden judicial. Entiendo que la agencia de transporte público que emite este permiso tendrá el derecho y la oportunidad de verificar mi elegibilidad para solicitar un Permiso regional de tarifa reducida. Entiendo que, si alguna de las declaraciones realizadas en este formulario de solicitud es falsa o inexacta, perderé los privilegios concedidos por el Permiso regional de tarifa reducida y estaré sujeto a acciones penales de acuerdo con la Ley del Estado de Washington por fraude (Revised Code of Washington [RCW, Código Revisado de Washington], sección n.º 9A.56.020).

Nombre \_\_\_\_\_  
Primero Segundo Apellido

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Esta sección debe ser completada por los siguientes proveedores de atención médica autorizados.

- Con licencia del Estado de Washington: • Médico • Psiquiatra • Psicólogo (Ph.D.) • Asistente Médico
- Enfermero titulado superior • Audiólogo titulado por la American Speech-Language-Hearing Association • Médico osteópata
- No se aceptan firmas de otros proveedores de asistencia médica.

1. Este solicitante debe cumplir al menos uno de los criterios y condiciones enumerados en el folleto Criterios y condiciones médicos de elegibilidad.
2. La cantidad de Criterios médicos de elegibilidad específica que cumpla debe indicarse en el espacio proporcionado.
3. Si se utiliza la sección 6.4, esta persona debe ser diagnosticada por usted como "persona en riesgo grave". La subsección correspondiente (a, b, c o d) debe incluirse junto con el nombre y número de teléfono del centro de actividad laboral, entrenamiento o programa de rehabilitación en el que este paciente se encuentra registrado actualmente. **Nota:** La inscripción de un solicitante en un programa de rehabilitación de alcoholismo o drogadicción no cumple, por sí sola, los requisitos de elegibilidad.
4. La situación económica del solicitante no influye en su elegibilidad.

Certifico que \_\_\_\_\_ cumple los Criterios médicos de elegibilidad \_\_\_\_\_  
Sección, Subsección

Para la sección 6.4 (a, b, c o d), indique el nombre del programa calificado: \_\_\_\_\_

### Marque las casillas correspondientes:

- Sí  No La discapacidad es temporal. Indique la duración exacta de la discapacidad: \_\_\_\_\_ años, \_\_\_\_\_ meses.  
 La duración prevista de una discapacidad temporal no debe superar los 5 años.
- Sí  No La discapacidad es permanente.
- Sí  No Este solicitante necesita un asistente de cuidados personales. Si la respuesta es afirmativa:  Temporal  Permanente

### Verificación del proveedor de atención médica autorizado. Escriba en letra de imprenta.

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor o de la agencia \_\_\_\_\_

N.º de licencia del Estado de Washington \_\_\_\_\_

Entiendo que, si alguna de las declaraciones realizadas en este formulario de solicitud es falsa o inexacta, estaré sujeto a acciones penales de acuerdo con la Ley del Estado de Washington por fraude (RCW, sección nro. 9A.56.020).

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Firma original únicamente. No se aceptan fotocopias o FAX.**

Nota sobre el Título VI: Todas las agencias participantes en el programa Regional Reduced Fare Permit (RRFP, Permiso regional de tarifa reducida) cumplen plenamente con el Título VI de la Civil Rights Act (Ley de Derechos Civiles) de 1964 y los estatutos y reglamentos relacionados en todos los programas y actividades. Para obtener más información, o para obtener un Formulario de quejas del Título VI, póngase en contacto con la agencia correspondiente.

