



Solicitud de Tarjeta de Tarifa Reducida

Transpo ofrece tarifas reducidas en su servicio de ruta fija a personas calificadas con discapacidades físicas o cognitivas.

Para solicitar una tarjeta de tarifa reducida, complete la siguiente solicitud y regrese a:

Programa de tarifa reducida Transpo
1401 S. Lafayette Blvd
South Bend, IN 46613

Es importante completar todas las partes de esta forma; Aplicaciones incompletas serán regresadas. Toda la información se mantendrá confidencial.

Tenga en cuenta: si tiene una tarjeta de **Medicare**, puede usar su tarjeta como identificación para tarifas reducidas y no se necesita una tarjeta de tarifa reducida.

Las tarjetas de **Medicaid** no son válidas para tarifas reducidas.

Por favor escriba o imprima:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de día: _____ Teléfono de noche: _____

Fecha de nacimiento (XX/XX/XX): _____

¿Tienes una tarjeta de **Medicare**? _____ Si (Adjuntar una copia) _____ No

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Aplicación recibida: _____ Verificación profesional enviada por correo: _____

Recibida: _____ Ayuda de movilidad: _____ Determinación _____

Determinación enviada: _____ Número reducido de tarjeta de tarifa: _____

1. ¿Cuál es la naturaleza de su discapacidad o condición de salud? (Sea específico)

2. ¿Su condición es temporaria?

_____ Si

Si es temporaria, ¿cuánto tiempo espera que dure? _____

_____ No

3. ¿Cuál de estas ayudas a la movilidad o equipo usas para ayudarte a llegar a donde necesitas ir? Por favor marque todo lo que se aplica a usted.

- | | |
|--|--|
| _____ Ninguno | _____ Bastón blanco |
| _____ Silla de ruedas eléctrica o manual | _____ Andadera |
| _____ Scooter / carro con motor | _____ Servicio de perro |
| _____ Muletas | _____ Tarjetas de identificación de ruta |
| _____ Bastón | _____ Tablero de imagen |
| _____ Asistente de cuidado personal | _____ Otro |

Para evaluar adecuadamente su solicitud de una tarjeta de tarifa reducida, es posible que sea necesario ponerse en contacto con un médico u otro profesional de la salud para confirmar la información que ha proporcionado. Por favor complete la siguiente autorización:

Nombre del proveedor de atención médica: _____

Título: _____ Agencia / Clínica: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Teléfono: _____

Tu nombre (Imprimir): _____

Su nombre (Firma): _____ Fecha: _____

Verificación del solicitante

1. Firma del solicitante

_____ Certifico que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y correcta. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial. Entiendo que para la confirmación, Transpo puede contactar a mi profesional de la salud a quien enumeré en la solicitud.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

2. Persona que completa el formulario si no es el solicitante (marque uno):

_____ Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según la información que me proporcionó el solicitante.

_____ Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi conocimiento de la condición de salud o discapacidad del solicitante.

Nombre completo: _____

Relación con el solicitante: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____