



Autoridad Regional del Tránsito

SOLICITUD DE TARJETA DE TARIFA REDUCIDA POR INCAPACIDAD

La información obtenida en este proceso de certificación solo será utilizada por la Autoridad Regional del Tránsito para determinar si el solicitante es elegible para obtener una tarifa reducida en nuestro servicio de autobús debido a una discapacidad. La información provista en esta aplicación es confidencial y no se proporcionará a ninguna persona o agencia.

Las personas de sesenta y cinco (65) años o más no necesitan completar este formulario; usted es elegible para nuestra tarifa reducida para ciudadanos mayores si presenta una identificación estatal válida o un permiso de conducir a los operadores de la RTA. Los titulares de la tarjeta de Medicare no tienen que completar este formulario. Lleve la tarjeta de Medicare y una identificación estatal válida o un permiso de conducir al Centro de identificación y reciba la tarjeta de tarifa reducida de la RTA.

Parte 1 Completado por el solicitante Por favor use tinta negra o azul

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	
Dirección física (requerida)			Estado / Ciudad		Código postal
Dirección postal (si es diferente a la anterior)			Estado / Ciudad		Código postal
No. de teléfono de casa ()	No. de teléfono de trabajo ()		Número de Seguro social		Fecha de nacimiento mes día año / /
Persona a contactar en caso de emergencia:			Número de teléfono ()		Relación

¿Tiene usted actualmente la tarjeta de tarifa reducida de la RTA? Sí No
Si respondió que sí, dé la fecha de caducidad _____

¿Tiene usted la tarjeta Lift / Dial-A-Ride? Sí No
Si respondió que sí, se acepta una tarjeta actual en los autobuses regulares

¿Tiene usted una tarjeta de Medicare? (Tarjeta roja, blanca y azul) Sí No
Si respondió que sí, lea la información en la parte superior de la aplicación.

Yo certifico que la información que antecede es correcta y que el profesional médico que completa la parte 2 de este formulario está familiarizado con mi diagnóstico y está autorizado para proporcionar y divulgar la información requerida para completar esta certificación a fin de obtener la tarjeta de tarifa reducida de la Autoridad Regional del Tránsito.

_____ / _____
Firma del solicitante Fecha

Office Use Only

Date Rec'd.	Contact Date
Eligibility Status	
Expiration Date	



Parte 2 a ser completado **SÓLO** por un médico (MD) con licencia en el Estado de Louisiana que certifique en su área de práctica normal. 2. Un optometrista u oftalmólogo con licencia para ceguera o baja visión. 3. Un audiólogo o otorrinolaringólogo licenciado para la audición.

¿Cuál es el nombre del solicitante? _____

¿Cuál es el diagnóstico del solicitante? Por favor, evite las abreviaturas médicas y describa en términos simples de qué se trata.

¿La condición ha afectado negativamente al solicitante? Sí No
De ser así, ¿en qué forma?

¿Durante cuánto tiempo a padecido el solicitante de esta condición?

Si corresponde, ¿qué extremidad o área se ve afectada?

Si corresponde, ¿es la condición: _____ Ligera _____ Moderada _____ Grave

¿La condición del solicitante actualmente se maneja o se controla con medicamentos? Sí No

¿La condición del solicitante es permanente? Sí No

De no ser así, ¿cuál es la duración esperada? _____

¿Utiliza el solicitante usa algún dispositivo de ayuda para la movilidad? Sí No Si respondió que sí, ¿qué dispositivo? _____

EN LETRAS DE IMPRENTA.

NOMBRE Y OCUPACIÓN DEL PROFESIONAL MÉDICO (en letras de imprenta)		No. de TELÉFONO DE OFICINA	
DIRECCIÓN DE LA OFICINA		CIUDAD/ESTADO	CÓDIGO POSTAL
FIRMA	FECHA	No. de LICENCIA PROFESIONAL de LOUISIANA	

COLOQUE EN UN SOBRE Y ENVÍE A:

**REGIONAL TRANSIT AUTHORITY
ID CENTER
2817 CANAL STREET
NEW ORLEANS, LA 70119**