



Anexo A Solicitud para Descuento de Tarifa

Módulo de Información del Centro de Santa Cruz Metro
920 Pacific Avenue, Suite 21, Santa Cruz, CA 95060
(831) 425-8600

Horario: Lunes a viernes de 7:00 a.m. – 5:30 p.m.

Para utilizar una **Tarjeta de Descuento de Tarifa**, la persona debe presentar una de las siguientes cuando se lo solicite el personal de Santa Cruz METRO: identificación con fotografía que compruebe su edad de 62 años cumplidos, una tarjeta roja, blanca y azul de Medicare con identificación con fotografía o una Tarjeta de Descuento de Tarifa de SC METRO – expedida después de completar este formulario. La solicitud debe ser presentada en persona junto con una identificación oficial con fotografía. ***Requiere que la fotografía sea tomada por SC METRO.**

Información de la Solicitud (LETRA DE MOLDE LEGIBLE): ***SOLAMENTE SOLICITUDES ORIGINALES SERÁN ACEPTADAS.**

Nombre: _____
Apellido Nombre

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado CP

Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono: (____) _____ **Correo electrónico:** _____

Estoy solicitando la Tarjeta de Descuento de Tarifa de Santa Cruz METRO.

- Ésta es mi primera tarjeta. Debe presentarse el interesado para solicitar, **requiere que la foto sea tomada por SC METRO.**
- Necesito reemplazar mi tarjeta; la anterior fue perdida, robada o dañada. Se requiere una cuota de \$5.
- Necesito renovar una tarjeta expirada. Se requiere una cuota de \$5 para renovar la que fue expedida hace 12 meses. Debe presentarse el interesado para solicitar, requiere que la foto sea tomada por SC METRO.

Nota: Cuota a pagar en efectivo, cheque, giro postal o tarjeta de crédito.

Sección de Certificación de Elegibilidad (seleccione una de las opciones a continuación):

<input type="checkbox"/> Certificación del proveedor de servicios de salud	Para calificar para este tipo de elegibilidad, usted debe tener la Certificación del Proveedor de Servicios de Salud llenado al reverso por un proveedor autorizado calificado, como se describe en la sección 4.03. Favor de regresar esta solicitud dentro de 30 días de la fecha de ser llenado por el Proveedor de Servicios de Salud.
<input type="checkbox"/> Identificación de Discapacitado de CA	Para calificar, debe presentar un Recibo de Tarjetón de Identificación Válido para un Cartel de Estacionamiento para Discapacitados de CA.
<input type="checkbox"/> Adulto Mayor (62+)	62 años de edad o mayor. Debe presentar credencial oficial vigente con fotografía.
<input type="checkbox"/> Veterano Discapacitado	Debe presentar la Certificación de VA o la Tarjeta de Identificación Conectada al Servicio para calificar.
<input type="checkbox"/> Identificación de Descuento de Visitante	El visitante debe presentar a la Agencia de Transporte una Tarjeta de Descuento o una Tarjeta de Paratransporte para calificar. Ciudad y Estado de la agencia:
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Medicare	Para calificar una Tarjeta de Medicare vigente y una credencial con fotografía oficial.

Acepto liberar la información que estoy enviando a Santa Cruz METRO con el propósito de hacer esta solicitud para una Tarjeta de Descuento de Tarifa. Certifico que la información que proporciono sobre mi solicitud es verídica. Comprendo que Santa Cruz METRO se reserva el derecho de exigir prueba de discapacidad además de este formulario. Si estoy solicitando para la Tarjeta de Descuento de Tarifa, Acepto cumplir con los términos del programa (AR-1028), y la credencial con fotografía. Doy mi consentimiento para que Santa Cruz METRO o una Agencia Administrativa designada por Santa Cruz METRO, tome y mantenga una copia de mi fotografía. **Santa Cruz METRO no aceptará una copia por fax de este formulario.**

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____



Anexo A Solicitud para Descuento de Tarifa (Cont.)

Sección de certificación del proveedor de servicios de salud: Este formulario es utilizado para las personas con discapacidades permanentes o temporales. Esto también incluye a las personas que puedan necesitar a un ayudante que vaya con ellos a bordo del servicio de Santa Cruz METRO.

Liberación del Paciente/Solicitante :

Autorizo a: _____ para verificar mi discapacidad si es solicitado por METRO.
(Nombre del proveedor de servicios de salud certificado/autorizado *)

Firma del paciente/solicitante: _____ Fecha _____

¡Esta parte para ser llenada por el Proveedor de Servicios de Salud Autorizado! (véase a continuación)

Nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento del solicitante: _____

Nombre del Proveedor de Servicios de Salud: _____

Título: _____

Número de Cédula Profesional: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

_____, por la presente certifico que he examinado al paciente mencionado anteriormente y es mi opinión que él/ella se encuentra discapacitado por enfermedad, mal funcionamiento congénito u otra incapacidad que limita sustancialmente una o más funciones principales de su vida.

Su Discapacidad es:

Permanente

Temporal (se define como un deterioro que no dura más de 12 meses). La duración es de _____ meses.

¿La discapacidad del paciente requiere que le acompañe un Asistente de Cuidado Personal cuando utilice un servicio de Santa Cruz METRO?

Sí **No**

El **Número de categoría** de la discapacidad es: _____ *(Favor de seleccionar de la sección 4.04- **Categoría de Descripciones 1-19**).

Certifico que lo anterior es verídico y que estoy legalmente certificado y/o autorizado en mi estado como Proveedor de Servicios de Salud.

Firma: _____

Fecha: _____

Personal de Servicio al Cliente podrá contactarlo para verificación.

La solicitud completa ORIGINAL puede ser enviada por correo a:

Módulo de Información de Santa Cruz METRO, 920 Pacific Station, Suite 21, Santa Cruz, CA 95060