

Solicitud de Tarjeta de Tarifa Reducida del Departamento de Transporte de Detroit



El programa de tarifas reducidas del Departamento de Transporte de Detroit (DDOT) permite a los pasajeros elegibles a viajar en los autobuses de ruta fija de DDOT con una tarifa reducida de 50 centavos por viaje.

¿Soy elegible?

Los solicitantes que cumplan con una o más de las siguientes categorías pueden optar por una tarifa reducida:

- Adulto mayor: Personas de 65 años de edad o mayores.
- Si tiene la tarjeta de Medicare*
- Personas con discapacidad: Incluye cualquier lesión o discapacidad que físicamente o cognitivamente limita su independencia en movilidad. **

* Elegible para revisar la tarifa reducida al mostrar la tarjeta de Medicare al operador del autobús.

** Debe completar el Formulario de Verificación Profesional por un profesional de atención médica.

¿Cómo puedo obtener la Tarjeta de Tarifa Reducida?

Todos los solicitantes deben completar la solicitud para la Tarifa Reducida. Los

solicitantes deben proporcionar una copia de identificación válida con fotografía (licencia de conducir, ID del estado, ID de Detroit, o pasaporte).

Nota: Personas legalmente ciegas con pruebas documentadas como “legalmente ciegas”, como lo demuestra una identificación estatal válida, son aprobadas automáticamente sin un Formulario de Verificación Profesional. Incluya en su solicitud una copia de su documento de identidad estatal válido que indique que es “legalmente ciego”.

Los solicitantes considerados inelegibles recibirán por correo una notificación del motivo de la decisión.

Por favor devuelva los formularios completados y documentos requeridos a:

Departamento de Transporte de Detroit

ATTENTION: Reduced Fares
100 Mack
Detroit, MI 48201
TDD/TTY Hearing-Impaired
7-1-1

Solicitud para la Tarjeta de Tarifa Reducida de DDOT



Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Apellido: _____

Dirección: _____ Núm. de apartamento/unidad: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Núm. de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Necesita un asistente de cuidado personal (ayudante)? Sí No

Yo cumplo uno de los siguientes requisitos:

Titular de la tarjeta Medicare Persona con una discapacidad Adulto mayor

DOCUMENTOS DE APOYO

Por favor proporcione los siguientes materiales en su solicitud.

Adulto mayor (65 años de edad o más) Copia de una ID válida con fotografía (licencia de conducir, ID del estado, ID de Detroit, o pasaporte).

Titular de la tarjeta de Medicare Copia de la tarjeta de Medicare y una ID válida con fotografía (licencia de conducir, ID del estado, ID de Detroit, o pasaporte)

Persona con discapacidad Copia de una ID válida con fotografía (licencia de conducir, ID del estado, ID de Detroit, o pasaporte) y un Formulario de Verificación Profesional completado por un profesional de cuidado médico.

Solicitud para la Tarjeta de Tarifa Reducida de DDOT



CONTACTO DE EMERGENCIA

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Apellido: _____

Núm. de teléfono: _____

Reconocimiento del Solicitante:

Confirmando que la información anterior es verdadera y correcta según mi mejor conocimiento. También comprendo que si se encuentra que cualquier parte de la información anterior ha sido intencionalmente falsificada, le llevará a la terminación inmediata y será reportado directamente al Departamento de Transporte de Detroit.

Firma: _____ Fecha: _____

Nota: Las solicitudes que no estén acompañadas por una copia de una identificación válida, número de teléfono, dirección, y un Formulario de Verificación Profesional completo serán negadas.

Formulario de Certificación Profesional de la Tarjeta de Tarifa Reducida DDOT



Esta sección debe ser completada por un profesional de cuidado médico con licencia.

El candidato solicita certificación como una persona con discapacidad para la emisión de la Tarjeta de Tarifa Reducida DDOT para acceder al tránsito con una tarifa reducida. La elegibilidad es como sigue según la Administración Federal de Tránsito (FTA, siglas en inglés):

“Las personas que por razón de enfermedad, lesión, edad, mal funcionamiento congénito u otra incapacidad o discapacidad permanente o temporal, incluyendo aquellos que no son ambulatorios debido a que están en una silla de ruedas y aquellos con capacidades semi-ambulatorias, no pueden con facilidades especiales o planificación especial o diseño utilizar transporte masivo y servicios como las personas que no son afectadas”.

Por favor marque todas las condiciones que afectan la habilidad del solicitante para utilizar el transporte masivo.

- Un **trastorno neurológico** que interfiere con la coordinación, fuerza, resistencia como polio, parálisis cerebral, esclerosis múltiple, parálisis o convulsiones frecuentes sin control y trastornos sensoriales especiales como **Ceguera Legal** o 50% de pérdida de audición bilateral.
- Cualquier discapacidad de más de seis meses** (o 180 días) la cual requiere el uso de caminadores, muletas, sillas de ruedas u otro dispositivo para movilidad.
- Daño músculo-esquelético significativo** como distrofia muscular o artritis severa.
- Tratamientos cardiovasculares, deficiencia respiratoria**, diálisis o cáncer que interfieren significativamente con la coordinación, resistencia o fuerza.
- Deterioro cognitivo significativo.**
- Falta de una o más extremidades.**

Formulario de Certificación Profesional de la Tarjeta de Tarifa Reducida DDOT



Es mi opinión que esta discapacidad es (marque uno):

- Temporal (se espera que dure _____ months).
- Permanente

CERTIFICACIÓN PROFESIONAL

Nombre del profesional de cuidado médico: _____

Título/especialidad del profesional: _____

Agencia/nombre de la oficina: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Núm. de teléfono: _____

Núm. de licencia de conducir de Michigan: _____

Reconocimiento Profesional

Si alguna de las declaraciones en este documento es falsa o inexacta, el DDOT me excluirá de futuras solicitudes. Comprendo que tales actividades pueden someterme a un proceso penal de acuerdo a las leyes aplicables del Estado.

Firma: _____ Fecha: _____



Autorización Para Obtener Un Médico u Otra Verificación Profesional

Para evaluar su solicitud, puede ser necesario contactar a su médico u otro profesional para confirmar la información que ha proporcionado. Por favor complete la siguiente información.

Profesión:

- Médico Profesional sanitario Profesional de rehabilitación

Nombre del profesional: _____

Agencia: _____

Dirección de la oficina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Fax de oficina: _____

Nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Entiendo que el propósito de esta aplicación es determinar si hay tiempos en los que no puedo utilizar el servicio de autobús público y por lo tanto, debo utilizar los servicios de paratransito ADA. Certifico que, lo mejor de mi conocimiento, la información en esta aplicación es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa puede resultar en una reevaluación de mi elegibilidad.

- Acepto los términos enumerados anteriormente.

Haz click para enviar formulario.