



LAS TARIFAS REDUCIDAS APLICAN A: Personas con discapacidad. Completar sección 1 y la sección 2 y/o 3.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento del solicitante: _____

Dirección del solicitante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono del solicitante: () _____ Correo electrónico del solicitante: _____

Método de comunicación preferido: Teléfono o Correo electrónico

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

SECCIÓN 2: VERIFICACIÓN POR AGENCIA DE LA TARIFA REDUCIDA POR DISCAPACIDAD

Presente uno de los siguientes documentos como prueba del estado de discapacidad.

- Certificado de subsidio por discapacidad del 80 por ciento o más a través de la Administración de Veteranos de los Estados Unidos. *La documentación que califica es una carta de resumen de beneficios de la Administración de Veteranos*
- Certificado de discapacidad del Seguro Social o de ingresos suplementarios por discapacidad. *La documentación que califica es una carta de concesión del Seguro por Incapacidad del Seguro Social/Seguridad de Ingreso Suplementario*
- Certificado por la División de Servicios para Ciegos del Departamento de Servicios Humanos de Arkansas. *La documentación que califica es una carta de elegibilidad de los Servicios de Rehabilitación de Arkansas o una carta de elegibilidad de la División de Servicios para Ciegos*
- Certificado por la Oficina de Servicios de Rehabilitación de Arkansas para Sordos y Discapacitados Auditivos. *La documentación que califica es una carta de elegibilidad de los Servicios de Rehabilitación de Arkansas o una carta de elegibilidad de la Oficina de Servicios para Sordos y Discapacitados Auditivos*

Sello de verificación de la agencia:
Proporcione el sello de verificación oficial de la agencia correspondiente.

Esta sección debe ser completada por un representante de la Administración de Veteranos de los Estados Unidos, la Administración del Seguro Social, la División de Servicios para Ciegos del Departamento de Servicios Humanos de Arkansas o la Oficina de Servicios de Rehabilitación de Arkansas para Sordos y Discapacitados Auditivos.

Nombre del representante de la agencia: _____ Título: _____

Firma autorizada del representante de la agencia: _____ Fecha: _____ / _____ / _____



SECCIÓN 3: VERIFICACIÓN POR EL REPRESENTANTE DE SALUD DE LA TARIFA REDUCIDA POR DISCAPACIDAD

Esta sección debe ser completada por un médico, un proveedor de atención médica autorizado, un consejero de rehabilitación autorizado, un trabajador social autorizado o un especialista en movilidad de orientación.

Yo, _____, certifico que _____ tiene una discapacidad que califica para una tarifa reducida de transporte de Rock Region METRO.

Firma autorizada del representante de salud: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Título del Representante de Salud: _____

Organización que otorga la licencia al representante de salud y número de licencia: _____

Nombre del consultorio/clínica del representante de salud: _____

Dirección del consultorio/clínica: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Número de teléfono del consultorio/clínica: (_____) _____

Dirección de correo electrónico del representante de salud: _____

PRESENTAR SOLICITUDES COMPLETAS

a Rock Region METRO River Cities Travel Center, 310 Capitol Ave., Little Rock, AR 72201. En un plazo de cinco días hábiles después de recibir una solicitud completa, METRO informará al solicitante los resultados de su elegibilidad. Si la solicitud es aprobada, el solicitante puede obtener una tarjeta de identificación con fotografía de Ciudadano de Honor o Estudiante en el River Cities Travel Center, 310 Capitol Ave. Contacte al especialista en elegibilidad de servicios de discapacidad de METRO al 501-375-6717 con cualquier pregunta.

PARA USO DE LA OFICINA

Toda la información de la solicitud ha sido completada por el solicitante y recopilada por METRO.

Firma autorizada del empleado de METRO: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Aprobado Rechazado Fecha de expiración del pase de descuento: ____ / ____ / ____

Tipo de tarifa reducida:

Personas mayores de 65 años Beneficiarios de Medicare Estudiantes

Solicitud recibida

Firma autorizada del empleado de METRO: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Solicitud verificada/aprobada/rechazada

Firma autorizada del empleado de METRO: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Notificación de la decisión al solicitante

Firma autorizada del empleado de METRO: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

