

Solicitud para tarjeta TAP para discapacitados

LOS ANGELES COUNTY TRANSIT OPERATORS ASSOCIATION (LACTOA)



El programa de tarjeta de identificación TAP para discapacitados de LACTOA, le facilita a usuarios que tienen derecho a este servicio a comprobar su elegibilidad para tarifas reducidas en todos los sistemas de transporte del Condado de Los Angeles (excepto los servicios de Dial-a-Ride).

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD

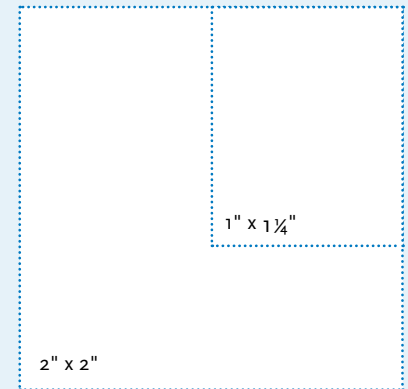
- > Todos los solicitantes deben completar las **SECCIONES I, II y III** de esta solicitud.
- > Si el solicitante tiene una discapacidad médica de elegibilidad (vea la **SECCION III**), el solicitante también debe completar la **SECCION IV** y debe pedir que un doctor u otro profesional médico certificado complete la **SECCION V**.
- > Pague una tarifa no reembolsable de \$2. Si está aplicando por correo extienda el cheque o giro postal a Metro).
- > Fotocopia de licencia de conducir de California o tarjeta de identificación de California y los documentos necesarios para mostrar elegibilidad de la **SECCION III** para todos los solicitantes que reúnen los requisitos para discapacidad médica.
- > Someta su solicitud completada en persona o por correo (vea la última pagina).

SECCION I – ESPECIFICACIONES DE LA FOTO

- > Todas las solicitudes con fotos que no satisfacen las condiciones listadas a continuación (a la derecha) no serán procesadas.

PEGUE LA FOTO DENTRO DEL CUADRO

- > Foto de rostro entero
- > Tamaño de la foto 2" x 2" ó 1" x 1¼"
- > Sin sombreros o gafas de sol
- > La foto debe ocupar el espacio dentro del cuadro (corte al tamaño del cuadro)
- > La foto debe estar imprimada en papel fotográfico no debe ser fotocopia



SECCION II – INFORMACION DEL SOLICITANTE (DEBE SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE)

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre/Inicial
Domicilio		Apto #
Ciudad Estado Código postal	Fecha de nacimiento	Numero de teléfono

Yo declaro bajo la pena de perjurio del Estado de California, que la información que he proporcionado es verdadera.

Firma del solicitante

Fecha

SECCION III – CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD Y CERTIFICACION MEDICA

Los solicitantes que cumplen con los requisitos en una de las siguientes categorías son elegibles automáticamente para la tarjeta de identificación TAP para discapacitados de LACTOA. *Aviso: Los solicitantes que cumplen con los requisitos en una de las primeras cuatro categorías deben proporcionar una fotocopia del documento comprobando su elegibilidad y una licencia de conducir de California válida o una tarjeta de identificación de California válida.*

- _____ Tengo una tarjeta de identificación de Medicare [Medicare Card] (no se aceptan tarjetas de Medi-Cal).
- _____ Tengo un recibo de una placa de identificación de discapacitados del Departamento de Vehículos a Motor [DMV Placard] (debe tener una fecha de vencimiento válida para ser aceptada) o una identificación de veterano discapacitado (con servicio conectado).
- _____ Soy un beneficiario de Ingresos Suplementarios del Seguro [SSI] o de Seguro Médico para Discapacitados del Seguro Social [SSDI] (una copia de la carta otorgando o modificando el subsidio, o un cheque del subsidio).
- _____ Soy un estudiante de un Programa de Educación Especial en el Condado de Los Angeles (una carta de certificación en el membrete de la escuela firmada por el maestro/a de Educación Especial).



Mire adentro para completar solicitud.

COMO SOMETER SU SOLICITUD

Una solicitud completa y lista para ser enviada debe contener lo siguiente:

- > Pague una tarifa no reembolsable de \$2. Si está aplicando por correo extienda el cheque o giro postal a Metro.
- > Una foto recién de rostro entero de 2"x 2" ó 1"x 1¼" (sin sombrero o gafas de sol) adhiera en el cuadro de la **SECCION I**.
- > Un formulario de solicitud completo: **SECCIONES I, II y III** para todos los solicitantes y **SECCIONES IV y V** para solicitantes que reúnen los requisitos para discapacidad médica.
- > Fotocopia de licencia de conducir de California o tarjeta de identificación de California y los documentos necesarios para mostrar elegibilidad de la **SECCION III** para todos los solicitantes que reúnen los requisitos para discapacidad médica.

Someta su paquete de solicitud completo en persona a cualquiera de los siguientes Centros para Clientes de Metro que se muestran abajo o por correo a:

- > Metro Reduced Fare Office
Mail Stop 99-PL-4
One Gateway Plaza
Los Angeles, CA 90012-2952

Las tarjetas de identificación de LACTOA serán enviadas por correo a los solicitantes que reúnan los requisito dentro de los 20 días útiles después que verificación se ha completado. Las agencias de LACTOA se reservan el derecho ha tomar una determinación final sobre la elegibilidad de las tarjetas de identificación de discapacitados. Las solicitudes son exclusivamente para uso interno y no serán utilizadas para revisión pública. La tarjeta no es transferible.

CENTROS PARA CLIENTES DE METRO (ACEPTAN SOLICITUDES DE TARJETAS TAP PARA DISCAPACITADOS DE LACTOA)

Centro para Clientes de Metro Baldwin Hills 3650 Martin Luther King Bl, Ste 101B Los Angeles, CA	Centro para Clientes de Metro East Los Angeles 4501 B Whittier Bl Los Angeles, CA	Centro para Clientes de Metro Union Station/Gateway Plaza One Gateway Plaza Los Angeles, CA 90012	Centro para Clientes de Metro Wilshire 5301 Wilshire Bl Los Angeles, CA
Metro – Gateway Cities 7878 Telegraph Rd Downey, CA	Metro – San Fernando Valley 9760 Topanga Canyon Rd Chatsworth, CA	Metro – San Gabriel Valley 3449 Santa Anita Av El Monte, CA	Metro – South Bay 680 Knox St, Ste 150 Torrance, CA

SI TIENE PREGUNTAS, NECESITA MAS INFORMACION O PARA SOMETER SU SOLICITUD POR CORREO, CONTACTE:

Metro Reduced Fare Office
Mail Stop 99-PL-4
One Gateway Plaza
Los Angeles, CA 90012
213.680.0054

O, visite metro.net/reducedfares.

MEDICAL PROFESSIONAL INFORMATION

Doctor's Full Name

License No.

Address

Suite

City | State | Zip

Telephone Number

Fax Number

Signature

Date of Execution

SECTION VI – MEDICAL DISABILITY CRITERIA

MOBILITY IMPAIRMENTS

- A** Non-ambulatory: Requires use of a wheelchair.
- B** Mobility-Aided: Requires use of an AFO or larger leg brace, walker, or crutches to achieve mobility.
- C** Arthritis: Therapeutic Grade III or worse, Functional Class III or worse, Anatomical Grade III or worse.
- D** Amputation/Deformity: Traumatic loss of muscle mass or tendons or x-ray evidence of bony or fibrous ankylosis, joint subluxation or instability of both hands, one hand and foot, or amputation at or above tarsal region.
- E** Stroke: Causing Pseudobulbar Palsy, sustained functional motor deficit of gross/dexterous movement or gait, ataxia affecting two extremities.

PHYSICAL IMPAIRMENTS

- F** Respiratory: Class III or greater.
- G** Cardiac: Vascular impairments of Functional Class III or IV and Therapeutic Class C, D or E.
- H** Dialysis: Individuals who require kidney dialysis to live.
- I** Neurological Impairments: As contained in *Disability Evaluation Under Social Security Publication*.
- J** Chronic Progressive Debilitating Disorders: Diseases that are characterized by chronic symptoms such as fatigue, weakness, weight loss, pain and changes in mental status which interfere in daily living activities and **significantly impair mobility**.
 - > Progressive and uncontrollable malignancies
 - > Advanced connective tissue disease such as Lupus Erythematosus, Scleroderma or Polyarteritis Nodosa
 - > Symptomatic HIV: (AIDS or ARC) in CDC defined clinical group IV, Subgroups A-E

VISUAL IMPAIRMENTS

- K** Legally Blind
- L** Visual Acuity: No better than 20/200 after correction in best eye, or visual field is contracted to 10 degrees or less from point of fixation or subtends to angle no greater than 20 degrees.

MENTAL IMPAIRMENTS

- M** Mental/Emotional: Individual with a mental or emotional impairment listed in Diagnostic and Statistical Manual IV of the American Psychiatric Association, the severity of which meets or exceeds standards outlined in the *Disability Evaluation Under Social Security Publication*. Disability must have been present for at least 3 months and be expected to continue for at least 3 months past the application date.
- N** Autism: Syndrome consisting of withdrawal, inadequate social relationships, language disturbance and monotonously repetitive motor behavior.

HEARING IMPAIRMENTS

- O** Total deafness.
- P** Persons whose hearing loss is 70 dba or greater in the 1000 and 2000 Hz ranges.

THIS SIDE TO BE COMPLETED FOR QUALIFYING MEDICAL DISABILITY CRITERIA ONLY
ESTE LADO SOLO DEBE SER COMPLETADO PARA MOSTRAR ELIGIBILIDAD CON LOS CRITERIOS MEDICOS

----- **SI CUMPLE CON UNO DE LOS REQUISITOS LISTADOS ANTERIORMENTE, PUEDE PARAR AQUI** -----

_____ Tengo una discapacidad médica que me hace elegible bajo las condiciones de Discapacidad de Seguro Social
(requiere completar las **SECCIONES IV y V**)

----- **CONTINUE A LAS SECCIONES IV Y V** -----

SECCION IV – CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA (REQUERIDO SOLAMENTE PARA MOSTRAR ELEGIBILIDAD BAJO LOS CRITERIOS DE DISCAPACIDAD MEDICA)

Con referencia a mi solicitud para una tarjeta de identificación TAP para Discapacitados de LACTOA, yo con lo presente autorizo al Dr. _____ a divulgar a la agencia apropiada la información médica u otra información pertinente con referencia a mi discapacidad. La información que se divulgue solamente será utilizada para verificar mi estado como paciente y la designación de mi categoría de discapacidad.

Reconozco que tengo derecho a recibir una copia de ésta autorización. Entiendo que puedo revocar ésta autorización en cualquier momento. A menos que sea revocado, éste consentimiento permitirá que el profesional del cuidado de la salud que certifica mi discapacidad divulgue la información pertinente hasta por 60 días después de la fecha que aparece abajo.

Nombre del solicitante (letra imprenta)

Firma del solicitante

Fecha

SECTION V – MEDICAL PROFESSIONAL CERTIFICATION (FOR DOCTOR'S USE ONLY/para uso del doctor solamente)

Qualified health care professionals who may certify disabilities listed in **SECTION VI**:

M.D. & D.O. – ALL IMPAIRMENTS, ALL CATEGORIES

CHIROPRACTORS – MOBILITY IMPAIRMENTS **A, B, D ONLY**

OPTOMETRIST – VISUAL IMPAIRMENTS **K, L ONLY**

AUDIOLOGIST – HEARING IMPAIRMENTS **O, P ONLY**

PODIATRIST – MOBILITY IMPAIRMENTS **A, B, C, D ONLY**

CLINICAL PSYCHOLOGISTS – MENTAL IMPAIRMENTS **M, N ONLY**

In order to certify an individual for the LACTOA Disabled Identification Card you must:

- > Agree to only certify, as eligible, those individuals who meet the criteria in **SECTION VI**.
- > Upon request, provide verification of the information contained on this application to qualifying agency.
- > Possess the proper professional degree and be licensed in California.

I hereby certify that the applicant's Medical Disability Criteria defined in **SECTION VI** is/are (**CIRCLE ALL LETTERS THAT APPLY**)

A B C D E F G H I J K L M N O P

In the space provided below, doctor must indicate in detail applicant's disability. (**REQUIRED**)

In my professional judgment the applicant's disability is expected to continue for () years, () months.
(Note: Identification Cards will not be issued for less than 3 months or more than 3 years.)

I understand that failure to certify applicant disabilities in accordance with the above guidelines will result in cancellation of my certification privileges. I am legally licensed as a (**ENTER TITLE OF QUALIFIED PROFESSION**) in the State of California and under the penalty of perjury, I hereby declare that the information provided is true and correct.