



Programa de tarifa reducida del sistema de tránsito del condado de Milwaukee

Estimado solicitante de tarifa reducida:

Gracias por su interés en el Programa de tarifa reducida del sistema de tránsito del condado de Milwaukee. Este programa ofrece una tarifa de autobús de ruta fija con descuento para personas calificadas. Hay tres categorías utilizadas para determinar la elegibilidad:

1. La persona tiene que tener 65 años o más
2. La persona actualmente tiene que tener aseguranza de **Medicare** (Medicaid no aplica)
3. La persona tiene que tener un impedimento físico o mental calificado (ver el reverso de la solicitud para más detalles)

El proceso de solicitud:

- Complete y firme el frente de la aplicación
- Haga que su médico **tratante** o proveedor de atención médica autorizado (**WI Medical Licencia**) Complete y firme el reverso de la solicitud
- Traiga su solicitud completa a nuestra oficina, ubicada en 1942 N. 17th Street, Milwaukee, WI 53205, entre las 9 a.m. y las 2 p.m., de lunes a viernes, para tomarse una fotografía y reciba su tarjeta de tarifa reducida del condado de Milwaukee (**traiga su identificación con foto, licencia de conducir, ID de estado**)

Tenga en cuenta: lo siguiente negará la aplicación:

- Información inexacta o incompleta en la aplicación
- Falta de verificación médica por parte del médico **tratante** o del proveedor de atención médica autorizado (WI Medical Lic)
- No proporcionar la identificación con foto requerida

No hay ningún costo para el solicitante de la tarjeta de tarifa reducida inicial, sin embargo, si la pierde o se la roban, se emitirá una tarjeta de reemplazo a un costo de \$ 10.00. Su Tarjeta de Tarifa Reducida del Condado de Milwaukee debe ser utilizada exclusivamente por usted. Permitir que otros lo usen está prohibido y dará como resultado la pérdida inmediata de la elegibilidad.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre el Programa de tarifa reducida, llame al Sistema de Tránsito del Condado de Milwaukee al (414) 344-4550 Ext. 3592.

Nuestro horario de oficina es de 9 a.m. a 2 p.m., de lunes a viernes.



**SISTEMA DE TRÁNSITO DEL CONDADO DE MILWAUKEE
APLICACIÓN DE ID DE TARIFA REDUCIDA**

Sólo para uso de oficina

Tarjeta emitida (fecha) _____ Tarjeta de renovación (fecha) _____ Tarjeta # _____
Comentarios _____ Iniciales del personal _____

SI TIENES 65 AÑOS O MÁS, SOLO COMPLETA LA FRENTE DE LA APLICACIÓN

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección _____ Nro. de apt / Nro. de lote _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Código de área + Número de teléfono _____

_____/_____/_____
Mes Día Año de Nacimiento Número de Seguro Social

Hay 3 formas en que un solicitante puede calificar para el Programa de tarifa reducida. Por favor marque la casilla apropiada listado a continuación:

- Tengo 65 años o más. (Tenga una identificación).
- Actualmente tengo una aseguranza de Medicare. (Traiga la tarjeta de Medicare. NO se acepta la tarjeta de Forward).
- Tengo un impedimento físico o mental, que cumple con la definición de FTA (609.3) de una persona discapacitada, como se detalla a continuación. (El médico tratante debe completar la siguiente página).

“Personas con discapacidad” se refiere a aquellas personas que, por enfermedad, lesión, edad, mal funcionamiento congénito o otra incapacidad permanente o temporal o discapacidad, incluidos aquellos que no viajan en silla de ruedas y aquellos con capacidades semi-ambulatorias, no pueden sin instalaciones especiales o planificación o diseño especial para utilizar instalaciones y servicios de transporte masivo tan efectivamente como las personas que no se ven afectadas “.

“Incapacidad significa, con respecto a un individuo, un impedimento físico o mental que limita sustancialmente uno o más de las principales actividades de la vida de ese individuo; un registro de tal impedimento; o ser considerado como teniendo tal impedimento “. Las principales actividades de la vida incluyen, pero no se limitan a, cuidar de uno mismo, realizar el manual tareas, caminar, ver, oír, respirar, aprender y trabajar.

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa. Entiendo que MCTS confiará en esta información al determinar la elegibilidad para la Tarifa Reducida Programa. Entiendo que al proporcionar información falsa o engañosa, mi elegibilidad será revocada. Permitir que otras personas, además de mí, utilicen esta tarjeta también dará como resultado la revocación.

Por la presente, autorizo la divulgación, ya sea verbal o por escrito, de cualquier información médica relacionada con la discapacidad a MCTS. Entiendo que esta información se puede usar junto con esta solicitud para determinar mi elegibilidad para el Programa de tarifa reducida a través de MCTS, y no se dará a conocer sin mi autorización por escrito.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

El solicitante debe proporcionar una identificación con foto

**DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE O EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA CON LICENCIA
(LICENCIA MÉDICA DE WI)**

Para calificar para una tarjeta de tarifa reducida MCTS, su paciente (enumerado en el reverso) debe tener un impedimento físico o mental que caiga dentro de los criterios de elegibilidad enumerados a continuación. Ciertas condiciones no califican, es decir, embarazo, obesidad, adicción a las drogas / alcohol, controlado epilepsia. Por favor marque todos los que apliquen.

¿El impedimento es permanente? Si No

Si NO, duración del daño _____

A. No Ambulatorio:

1. Deterioro que requiere que el individuo use una silla de ruedas o dispositivo de movilidad similar.

B. Semiambulatorio:

1. **Artritis** – American Rheumatism Assoc. tal vez utilizado como una guía para la determinación de la discapacidad; Grado terapéutico III, clase funcional III, anatómico Estado III, o peor, es evidencia de discapacidad artrítica.
2. **Pérdida de extremidades** – Pérdida de extremidades: deformidad anatómica de o amputación de mano (s) y / o pies, o pérdida de la mayor función.
3. **Accidente Cerebrovascular** – debilitante en curso efectos posteriores a la ocurrencia de CVA, o efectos de Parálisis cerebral.
4. **Cardiopulmonar** – pérdida grave de corazón o pulmón reservas como se muestra por rayos X, EKG u otras pruebas y en a pesar del tratamiento médico, hay disnea, dolor o fatiga.
5. **Diálisis** – persona que debe usar diálisis renal máquina para sostener la vida.
6. **Otros** _____
(Diagnósticos)

¿Cómo afecta esto la movilidad?

C. Discapacidad visual:

1. **Legalmente ciego** – deterioro visual que es bilateral y no se puede corregir con lentes.
2. **Contracción del campo visual** – personas cuyo ancho el diámetro del campo visual subtendiendo una distancia angular de 20 grados, o menos de 10 grados desde el punto de fijación, o cuya eficiencia del campo visual es de 20 grados o menos.

D. Discapacidad auditiva:

1. **Discapacidad del desarrollo:** discapacidad cognitiva que origina antes de 18

E. Deterioro cognitivo:

1. **Discapacidad del desarrollo** – discapacidad cognitiva que se origina antes de los 18 años.
2. **Retraso mental en adultos**
3. **Autismo** – comportamiento motriz monótono y repetitivo con retiro severo, respuesta inapropiada a estímulos, o relaciones sociales muy inadecuadas.
4. **Esquizofrenia**
5. **Síndrome cerebral orgánico / Bi-polar** – Cognitivo disturbios que requieren internado o cuidado en el hogar, financiados actividad laboral o taller.

F. Discapacidades Neurológicas:

1. **Parálisis cerebral** – Deterioro no controlado con medicación.
2. **Esclerosis múltiple** – Deterioro no controlado con medicación.
3. **Epilepsia** – Grand Mal o Psicomotor; Personas que son libre de convulsiones por un período de seis meses no califica.

- El impedimento del solicitante NO CUMPLE ninguna de las limitaciones funcionales mencionadas anteriormente. Por lo tanto, no puedo certificar que el el impedimento del solicitante cumple con los criterios de elegibilidad para recibir una tarjeta de tarifa reducida de MCTS.

Por favor imprima: Toda la información en este recuadro DEBE ser provista por un médico tratante o un proveedor de atención médica autorizado (WI Med Lic).

Número de licencia _____ estatal del médico / proveedor de servicios de salud (obligatorio)

Dirección de la oficina _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Código de área + número de teléfono _____ Código de área + número de fax _____

Certifico que el solicitante (enumerado en el reverso) está desactivado según lo definido por los criterios anteriores, y que la información He proporcionado es verdadero y correcto. Actualmente estoy tratando al solicitante por la (s) discapacidad (es) indicada (s) arriba.

de firma autorizada _____

Fecha _____