

Este espacio es para uso de oficina
administrativa solamente



APLICACIÓN

TARJETA DE DESCUENTO DE MAX

SENIOR/DISABLED

Para ser elegible para una tarjeta de descuento de MAX SENIOR/DISABLED debe ser 65 sesenta y cinco años de edad o más, o tenga una discapacidad que hace el uso de MAX extremadamente difícil. Después de que a solicitud es aprobada, se enviara una tarjeta de descuento de MAX SENIOR/DISABLED a usted dentro de veintiún (21) días después del recibo de la solicitud. Aplicaciones deben renovarse cada 3 años.

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN:

1. Si solicita la tarjeta de descuento de MAX como un **Senior (edad 65 +)**, **por favor complete los Pasos 1 y 2 solamente**, a menos que necesite un ayudante, en dado caso un médico o una agencia de servicio social debe completar **Pasos 4 y 5**.
2. Si solicita la tarjeta de descuento de MAX por una **discapacidad**, debe completar **TODOS LOS PASOS** de esta aplicación. El lado reverso de esta aplicación debe ser completado por un médico o una agencia de servicio social.

**** IMPORTANTE ****

- Usted **NO NECESITA** esta tarjeta si tienes una tarjeta de Medicare o identificación con foto con prueba de más de 65 años de edad. Si lo desea, usted puede todavía solicitar la tarjeta completando los Pasos 1 y 2 abajo y adjuntando copia de su tarjeta de Medicare o identificación con foto con prueba de edad. Si usted necesita un ayudante, un médico o agencia certificadora debe completar Pasos 4 y 5.
- La tarjeta de descuento de MAX SENIOR/DISABLED **NO SE ACEPTAN** en el Modesto Área Dial-A-Ride (MADAR).

PASO 1 LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DEBE SER COMPLETADO POR TODOS LOS SOLICITANTES (POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE)

YO (NOMBRE EN LETRA DE MOLDE) _____ DOB: ____ / ____ / ____
(Fecha de Nacimiento)

AUTORIZO EL INDIVIDUO QUE CERTIFICA Y APARECE EN EL LADO REVERSO DE ESTA APLICACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A LA CIUDAD DE MODESTO DIVISIÓN DE TRANSITO CON EL FIN DE EMITIR UNA TARJETA DE MAX SENIOR DISABLED.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

Con letra de molde escribe su dirección de correo (su tarjeta de descuento se enviará a esta dirección. Por favor escriba claramente.)

Calle/PO BOX

Ciudad

Código postal

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

PASO 2 LA RAZÓN POR QUE USTED ES ELIGIBLE - MARQUE UNA CASILLA SOLAMENTE

Discapacitados- *el lado reverso de esta forma debe ser completado por un médico o una agencia certificador*

SENIOR- *65 años de edad. adjuntar copia del comprobante de edad*

MEDICARE
adjuntar copia de tarjeta de Medicare

AGENCIA CERTIFICADORA O EL MÉDICO DEBE LLENAR EL LADO REVERSO

PASO 3 EXPLIQUE COMPLETAMENTE DISCAPACIDAD

Por favor proporcione una explicación **completa** de cómo la discapacidad hace viajando con MAX extremadamente difícil. Por sí mismo, un diagnóstico o la descripción de la discapacidad no es suficiente.

- Ejemplos:** Debilitación de la visión hace que la persona a ser tropiece con los escalones del autobús
 Condición cardíaca impide que la persona camina significativa distancia la parada de autobús
 Discapacidad cognitiva causa que la persona se pierda mientras viaja en el autobús
 Uso de la andadera o silla de ruedas hace que sea difícil para subir y bajar los escalones del autobús

SE DEVOLVERÁN LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS

Viajando con MAX es difícil porque: (¿Qué es la discapacidad y por qué hace viajar en el autobús difícil?)

- Condición es: Permanente (debe ser renovada después de 3 años)
 Temporal (3 meses mínimo) – de: _____ a: _____

PASO 4 AYUDANTE

Por Favor marque la casilla correspondiente y ponga las iniciales de su nombre en la línea que sigue después del cuadro seleccionado

NOTE:

Personal de tránsito llamará la agencia certificadora a continuación para confirmar la necesidad de un ayudante.

¿Requiere el solicitante:

- 1) ayuda física para subir o bajar del autobús Sí _____ No _____
 2) ayuda para negociar el servicio del autobús *Iniciales* *Iniciales*

(El ayudante del pasajero con tarjeta viaja gratis cuando ayuda a dicho pasajero. Uso fraudulento de un ayudante es contra la ley. MAX hará la determinación final si se aprueba un ayudante.)

¿Si requiere un ayudante, qué específicas tareas hara el ayudante para ayudar el pasajero?

PASO 5 Confirmación de Agencia de Servicio Social o de un Medico sobre la discapacidad y necesidad de un Ayudante

Nombre de profesional certificado esta aplicación (Letra de molde)	Firma
Titulo	Número de Teléfono
Nombre de Agencia	Dirección
Fecha	<i>Nota: (Aprobación de Liberar información esta a lado de frente de la aplicación)</i>

FORMULARIOS COMPLETADOS PUEDEN PRESENTARSE POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES MÉTODOS:

- EN PERSONA – En el MAX Office Downtown Transportation Center, 1001 9th St, Modesto, CA
- POR CORREO: City of Modesto, Transit Division, PO Box 642, Modesto, CA 95353
- POR FAX – Número de FAX (209) 571-5521
- ¿PREGUNTAS? – Por favor llame a la Ciudad de Modesto, Oficina de Tránsito (209) 577-5295