Ciudad de Lodi GrapeLine- Applicación para Tarjeta de Tarifa Reducida

TODA LA INFORMACIÓN SERÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL

Sección 1 Información Personal		
Fecha de hoy:	Fecha de Nacimiento:	
Apellido:	Nombre:	Sr. Sra. Srta.
Dirección:	Ciudad:	Código postal:
Número de Teléfono:	E-mail:	
☐ Sí, me gustaría recibir e-mails sobre la información de transporte.		
Si una persona diferente que el solicitante está completando esta solicitud, por favor llene los espacios siguientes:		
Apellido:	Nombre:	Sr. Sra. Srta.
Dirreción:	Ciudad:	Código postal:
Número de Teléfono:	Agencia:	

Sección 2 Tipo de tarjeta para Tarifa Reducida que Ud. solicita. (Por favor marque uno de las siguientes):

☐ **Anciano (60 años de edad y mayores)**

Por favor proporcione **una copia** de las siguientes formas y complete la Sección 3:

- Carta de 'SSI Award' presente
- Identificación válido de su estado
- Certificado de nacimiento
- Licencia de conductor
- Pasaporte

☐ **Personas Discapacitadas:** Las reglamentos federales definen los discapacitados en 49 CFR § 609.3 como: *"… individuales que, por razones de enfermedad, lesión, edad, el mal funcionamiento congénito, u otra discapacidad permanente o temporal, incluyendo a aquellos que no pueden caminar y necesitan usar silla de ruedas, y aquellas personas con capacidades semi-ambulatoria, no pueden utilizar las instalaciones y servicios de transporte para el público general, sin instalaciones especiales, planificaciones especiales, o diseños especiales, tan eficazmente como personas no afectadas."*

Proporcione su identificación y **una copia** de las siguientes formas, y complete Sección 3:

- Carta de 'SSI/SSDI Award' presente
- Recibo para una pancarta de CA DMV con fecha de vencimiento
- Identificación del departamento VA 'Service Connected'
- Forma para Certificación para Personas Discapacitadas (Complete las Secciónes 4 y 5)

Sección 3

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California que la información que he dado es verdadera y correcta.

X_____ _____

Firma de Solicitante Fecha

X _____ _____

O Firma del Representante Personal (si aplicable) Fecha

Ud. ha completado su solicitud.

Por favor envíe esta solicitud y documentos necesarios por correo a:

City of Lodi GrapeLine
PO Box 3006
Lodi CA 95241-1910

¿Preguntas? Llame al (209) 333-6706

Solamente para uso de La Ciudad de Lodi

Form of Evidence Accepted:_____

Evidence received, certified, and approved. Confidential evidence shredded by Staff.

Staff:_____ Date:_____ID Number:_____

Forma para Certificación para Personas Discapacitadas

(Solamente complete esta forma si no tiene otro prueba de la discapacidad, escrito en Sección 2)

Sección 4 Autorización de solicitante	
Nombre de Solicitante:	Fecha de Nacimiento de Solicitante:

Yo autorizo al profesional de medicina, mencionada en la Sección 5, que proporcione a la ciudad de Lodi GrapeLine la información pertinente de mi discapacidad. La información solamente será utilizada para determinar mi elegibilidad para esta tarjeta de tarifa reducida. Yo entiendo que si la solicitud no esta completa será devuelta.

_____ _____

Firma Fecha

Section 5 Medical Professional Verification

The above named individual is applying for a City of Lodi GrapeLine Disabled Discount Fare Card. The City of Lodi offers a 50% discount for disabled persons based on federal regulations s defined in 49 CFR § 609.3:

"…those individuals who, by reason of illness, injury, age, congenital malfunction, or other permanent or temporary incapacity or disability, including those who are non-ambulatory wheelchair-bound and those with semi-ambulatory capabilities, are unable without special facilities or special planning or design to utilize mass transportation facilities and services as effectively as persons who are not so affected."

To process this request, please provide the following information*:*

Medical diagnosis of disability. Please type or print clearly and do not use medical abbreviations:

_____

_____

How does this disability affect applicant's ability to utilize mass transportation?

_____

_____

- ☐ **Permanent:** conditions with absolutely no expectation of improvement
- ☐ **Temporary:** expected duration from _____ to _____

Does the applicant use a mobility aid?

☐ Yes ☐ No

If yes, what type?

Manual Wheelchair_____ Power Wheelchair_____ Power Scooter_____ Walker_____

Cane_____ Crutches_____ Service Animal_____

I certify that _____ meets the eligibility criteria as transportation disabled. I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information I have given is true and correct. **If this application is not complete, it will be denied.**

_____ _____

Signature Date

Printed Name: _____ License #: _____

Organization:_____ Phone #: _____

Organization Address: _____