

Solicitud de Certificación de Discapacidad La mitad de tarifa

La información obtenida en este proceso de certificación sólo será utilizada para determinar la elegibilidad para la reducción de los servicios de transporte de tarifas proporcionadas por San José de Tránsito. La elegibilidad se determina por el Departamento de Salud de San José. La información contenida en este documento no será proporcionada a cualquier otra persona o agencia.

Favor de enviar o traer este formulario completo a:

Kelly Kibirige, RN

Ciudad de San José Departamento de Salud, División de Salud de la Comunidad

904 South 10th Street, Suite E

St. Joseph MO 64503

Definición de discapacidad

"Discapacidad" significa, con respecto a un individuo, un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida de esa persona; un registro de dicho impedimento; o se considera que tiene tal impedimento.

La frase "impedimento físico o mental" significa a) cualquier trastorno fisiológico o condición, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecta a uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: neurológico, músculo-esquelético, órganos de los sentidos especiales, respiratorio, incluyendo órganos del habla, cardiovascular, reproductivo, digestivo, genitourinario, hémico y linfático, la piel y endocrino; o b) cualquier trastorno mental o psicológico, como retraso mental, síndrome orgánico cerebral, enfermedad emocional o mental y discapacidades de aprendizaje específicas.

El término impedimento físico o mental incluye, pero no se limita a, este tipo de enfermedades contagiosas o no contagiosas y condiciones ortopédicas, visuales, del habla y problemas de audición; parálisis cerebral, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, enfermedades del corazón, diabetes, retraso mental, enfermedad emocional, dificultades específicas de aprendizaje, la enfermedad del VIH, la tuberculosis, la drogadicción y el alcoholismo;

La frase "impedimento físico o mental" no incluye la homosexualidad o la bisexualidad.

La frase "las principales actividades de la vida" significa funciones tales como el cuidado de uno mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar.

La frase "tiene un historial de dicho impedimento" medios tiene una historia de, o ha sido mal clasificados como tener un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades esenciales.

La frase "se considera que tiene dicho impedimento" significa a) tiene un impedimento físico o mental que no limita sustancialmente las actividades importantes de la vida, sino que se trata de una entidad pública o privada que constituyen una limitación; b) tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una actividad importante de la vida sólo como resultado de las actitudes de los demás hacia dicho impedimento; oc) no tiene ninguna de las deficiencias definidas en el párrafo (1) de esta definición, pero se trata de una entidad pública o privada que tiene tal impedimento.

El término "discapacidad" no incluye el travestismo, la transexualidad, la pedofilia, exhibicionismo, voyeurismo, trastornos de identidad de género no resultan de deficiencias físicas, u otros trastornos de la conducta sexual; compulsiva de juegos de azar, la cleptomanía, piromanía o; o trastornos de abuso de sustancias psicoactivas como resultado del uso actual de drogas ilícitas.

Departamento de Transporte, 49 CFR Parte 37, Subparte A, Sección 37.3, Definiciones.

Para ser completado por el solicitante:

Nombre _____

Apellido Nombre _____

Dirección _____ Apt No. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono Inicio _____ Trabajo Celular _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

¿Cuál es la discapacidad que le da derecho a ser elegible para la reducción de tarifas en el sistema de tránsito?

Para evaluar su solicitud puede ser necesario ponerse en contacto con su proveedor de atención de salud para confirmar la información que ha proporcionado. Por favor complete la siguiente información.

Proveedor de atención médica

Name _____

Address _____

Código Postal City _____ Estado _____ Teléfono _____

Por la presente certifico que la información proporcionada en esta solicitud es correcta y autorizo al Departamento de Salud de St. Joseph en contacto con el profesional del cuidado de la salud para confirmar la información que he proporcionado.

Firma del solicitante _____ Fecha ____ / ____ / ____

Si esta solicitud ha sido completado por una persona distinta del solicitante, esa persona debe completar esta sección.

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Firma _____ Fecha ____ / ____ / ____

To be completed by Health Department or Health Care Professional

1. Is this condition permanent? ☐ Permanent ☐ Temporary
If temporary, the expected duration of the condition is until ____/____/____
2. Does applicant use any of the following mobility aids? Please check all that apply.
- | | |
|--|-------------------------------------|
| ☐ Manual wheelchair | ☐ Crutches |
| ☐ Electric wheelchair | ☐ Cane |
| ☐ Powered scooter | ☐ Walker |
| ☐ Service animal | ☐ White cane |
3. Does applicant require a Personal Care Attendant (PCA) to assist with non-transportation activities while traveling?
- ☐ Yes ☐ No
4. Can applicant travel $\frac{1}{4}$ mile without the assistance of another person?
- ☐ Yes ☐ No ☐ Sometimes
- Can applicant travel $\frac{3}{4}$ mile without the assistance of another person?
- ☐ Yes ☐ No ☐ Sometimes
- Can applicant climb one 11" step without the assistance of another person?
- ☐ Yes ☐ No ☐ Sometimes
- Can applicant wait outside without support for 10 minutes?
- ☐ Yes ☐ No ☐ Sometimes
5. Are there any other effects of the disability about which transit needs to be aware?
