

AUTOBUS CIUDAD PROGRAMA MEDIA FARE SOLICITUD - PARTE II

Para ser completado por un profesional cualificado Sólo

Para ser elegible para el programa de Medio Costo City Bus, su paciente/cliente debe tener una condición física o mental que está dentro de los criterios médicos que aparecen a continuación. Si confirma que el paciente/cliente está deshabilitado físicamente o de desarrollo, esa persona será elegible para tarifas reducidas en los servicios públicos de autobuses de ruta fija City Bus . Las personas no serán elegibles para tarifas reducidas si su única razón es el embarazo, la obesidad y la enfermedad aguda o crónica debido a las drogas, alcohol, o cualquier enfermedad contagiosa. Toda la información proporcionada se mantiene confidencial .

A. Discapacidad Física

_____ 1. Movilidad restringida

Discapacidades que requieren el uso de un bastón, muletas, aparatos ortopédicos, andador, u otros aparatos ortopédicos que se utilizan para ayudar a una persona en movimiento alrededor.

_____ 2. Artritis

American Rheumatism Association criterios pueden ser utilizados para la determinación de la discapacidad artrítica . Grado Terapéutico III , clase funcional III, anatómico Estado III o peor es la evidencia de la incapacidad artrítica.

_____ 3. La pérdida de las extremidades

Deformidad anatómica, la amputación de ambas manos, una mano y un pie, o pérdida de la función principal.

_____ 4. Accidente cerebrovascular

En curso efecto que sigue a una ocurrencia de un accidente cerebrovascular debilitante.

_____ 5. Enfermedades Cardio-Pulmonar

Grave pérdida de la capacidad del corazón o de reserva de pulmón a pesar de tratamiento médico; se muestra por rayos X, ECG, u otras pruebas.

_____ 6. Diálisis

La persona tiene que utilizar una máquina de diálisis del riñón para poder vivir.

_____ 7. Síndrome de Inmunidad Adquirida

Persona es el SIDA/VIH positivo.

B. Discapacidades Visuales

_____ 1. Legalmente Ciego

La deficiencia visual que es bilateral y no se puede corregir con lentes.

_____ 2. Contracción del Campo Visual

Individual cuyo diámetro más amplio de una distancia angular de 20 grados, o menos de 10 grados desde el punto de fijación, o cuyo campo visual eficiencia es de 20 grados o menos.

C. Discapacidad Auditiva

_____ 1. Legalmente Sordos

La discapacidad auditiva que es bilateral y no se puede corregir con un audífono.

D. Discapacidades Mentales

_____ 1. Discapacidad del Desarrollo

Discapacidades de por vida que atribuyen a deficiencias mentales y/o físicas, que se manifiesta antes de los 22 años.

_____ 2 Adultos Discapacidad del Desarrollo

Discapacidades de por vida que atribuyen a deficiencias mentales y/o físicas, que se manifiesta después de los 22 años.

_____ 3. Epilepsia

Gran Mal o psicomotor. Las personas que son libres de crisis durante un período ininterrumpido de seis meses, son descalificados.

_____ 4 . Autismo

Comportamiento motor monótonamente repetitivas, abstinencia grave, respuesta inapropiada a los estímulos y las relaciones sociales muy inadecuadas.

_____ 5 . Discapacidades neurológicas

Deterioros neurológicos y físicos, tales como parálisis cerebral o esclerosis múltiple que no se pueden controlar con medicamentos.

_____ 6 . Síndrome orgánico cerebral / Perturbación Emocional

Enfermedad/alteración crónica que requiere el embarque o la atención domiciliaria, la actividad laboral financiado o taller.

Es la incapacidad permanente ? Sí _____ No _____

Si es temporal, por favor indique el número estimado de meses de incapacidad temporal:

Por la presente certifico que el solicitante,

_____, se inhabilita según la definición de los criterios anteriores y que la información contenida en este formulario es verdadera.

¿Tiene el solicitante requiere un Asistente de Cuidado Personal (PCA) al viajar en vehículos de transporte público? (Ciclistas deben proporcionar su propio PCA)

Nunca _____ Veces _____ Siempre _____

Si se necesita un PCA, explique por qué. (Asistentes de cuidado personal están autorizados a viajar sin cargo si la asistencia a un pasajero con necesidad comprobada para un PCA.)

Médico Nombre

Fecha

Firma del médico

Teléfono