



## La incapacidad y Descuenta Forma de Elegibilidad

Esta, aplicación cuando completado, permitirá al cliente a precios del billete descontados al viajar en CARTS. La certificación de una incapacidad por un medico o profesional medico calificado se requiere. La información solicitada en esta aplicación es confidencial.

Yo por la presente hago la aplicación y concuerdo en respetar las provisiones para los precios del billete descontados. A hacer esta aplicación, yo concuerdo en liberar información solicitada en esta forma a CARTS para el propósito de la elegibilidad descontada del precio del billete y comprobación de la incapacidad.

El nombre: \_\_\_\_\_ La Fecha: \_\_\_\_\_

La Dirección: \_\_\_\_\_

La Ciudad: \_\_\_\_\_ el Estado: \_\_\_\_\_ la Cremallera: \_\_\_\_\_

El Teléfono #1: \_\_\_\_\_ El Teléfono #2: \_\_\_\_\_ la Fecha del Nacimiento: \_\_\_\_\_

La Firma: \_\_\_\_\_

### La incapacidad: (debe ser completado por un profesional medico calificado)

- No-Ambulatorio     Visua     Oído  
 Medio Ambulatorio     MHMR     Otro \_\_\_\_\_

### Comprobación de incapacidad:

Verifico que el solicitante tiene una incapacidad, que es,  la permanente o  temporario (si temporario, proporciona por favor fechas de vigencia): \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

El solicitante calificado tiene o es considerado teniendo como una incapacidad que limita substancialmente uno o mas actividades mayores de la vida tales como la cuidando de, realizando las tareas manuales, andar, ver, oído, hablar, respirar, aprender o trabajo (la definición de ADA).

Entiendo que el solicitante tiene derecho a para precios del billete descontados cuando se usa CARTS, basado en mi comprobación profesional de la incapacidad de solicitante.

El Nombre del doctor: \_\_\_\_\_

La Firma: \_\_\_\_\_

La Dispensario/Agencia: \_\_\_\_\_ Identificación de doctor #: \_\_\_\_\_

Teléfono de Oficina: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Para CARTS  
utiliza solo**

Authorized by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Customer Notified Date: \_\_\_\_\_