



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: _____