



REDUCED FARE PROGRAM FOR INDIVIDUALS WITH DISABILITES APPLICATION

OFFICE USE ONLY
SÓLO USO DE OFICINA

Date Received _____
 Date Processed _____
 Date Approved _____
 Date Denied _____
 Date Notified _____
 Status Code _____

1. El solicitante debe tener una discapacidad y vivir en Murfreesboro para calificar.
 2. Si no se completan todos los espacios, este formulario será devuelto. En lugar de completar las Secciones 2 y 3, sin embargo, el solicitante puede adjuntar una carta oficial de la Administración del Seguro Social confirmando que el solicitante recibe Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI).
 3. Lea por favor la aplicación entera e imprima ordenadamente o escriba; Sólo una persona por solicitud.
 4. No adjunte solicitudes ni horarios de transporte.
 5. La solicitud puede requerir 14 días para su procesamiento.
- Esta aplicación está disponible en formato accesible. Si tiene alguna pregunta relacionada con esta solicitud o necesita ayuda para completar el formulario, llame al (615) 217-6837, o TDD (615) 849-2689.

Sección 1-Información personal

Fecha de aplicación: _____
 Nombre (Por favor escriba): _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de la casa: _____ Trabajo / Teléfono celular: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Contacto de Emergencia (solicitud será devuelta si se deja en blanco).

Nombre: (Por favor escriba): _____
 Dirección: _____
 Teléfono de la casa: _____ Trabajo / Teléfono celular: _____
 Relación: _____

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, autorizo al profesional de la salud que certifica esta aplicación a divulgar información sobre mi discapacidad a ROVER, y acepto usar mi tarjeta de tarifa reducida, si es concedida, consistente con la política de ROVER.

Firma del aplicante: _____

Si esta solicitud ha sido completada por alguien que no sea la persona que solicita la elegibilidad de tarifa reducida, esa persona deben completar lo siguiente:

Nombre del individuo o agencia: _____
 Dirección: _____
 (Código postal): _____
 Teléfono: Fax: _____
 Firmado: _____ Fecha: _____

SI USTED NO ESTÁ FIJANDO UNA CARTA DE LA ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL CONFIRMANDO QUE USTED RECIBE RECURSOS DE SEGURIDAD SUPLEMENTARIOS (SSI), USTED Y SU PROVEEDOR DE SALUD DEBEN COMPLETAR LAS SECCIONES 2 Y 3, RESPECTIVAMENTE.

Sección 2 - Información sobre Discapacidad

1. Por favor describa su deterioro y/o enfermedad y compruebe cualquier elemento correspondiente a continuación (ejemplos incluir ceguera, esclerosis múltiple, afección cardíaca):

- a. Deficiencia Visual: Total _____ Parcial _____ Visión: Derecha 20 / _____ Izquierda 20 / _____
b. Discapacidad auditiva: _____
c. Mental o con problemas de desarrollo: _____
d. Usuario en silla de ruedas: Motorizado _____ Manual _____ Scooter _____
e. Muletas: Soportes _____ Caminante _____ Prótesis _____ Otros _____
F. Otras limitaciones de movilidad o impedimentos físicos (por favor describa): _____

2. Usted necesita alguien que le ayude cuando viaje usando el transporte? (Es responsabilidad de un ciclista discapacitado proporcionar un asistente de cuidado personal y una silla de ruedas común que funcione adecuadamente. Los conductores de Rover son solamente responsables de proporcionar ayuda al usar el elevador. No se cobra tarifa por un asistente de cuidado personal con un ciclista discapacitado) *(No deje en blanco)* SI _____ NO _____

3. Usa alguna de las siguientes ayudas? (Marque todo lo que corresponda)

_____ Silla de ruedas; Si su silla de ruedas es más grande que una silla de ruedas común (30 pulgadas de ancho, 48 pulgadas de largo, menos de 600 libras cuando está ocupado), sírvase describirlo: _____

_____ Scooter motorizado; Los scooters no se recomiendan para el transporte seguro en los autobuses de Rover. Si utiliza un scooter, será capaz de transferir a un asiento? Si _____ No _____

_____ Animal de Servicio _____ Tablero de Alfabeto _____ Tanque de Oxígeno

_____ Otros Dispositivos de Asistencia. En caso afirmativo, sírvase describir: _____

Sección 3-Certificación de Profesionales de la Salud

Esta certificación debe ser completada por un profesional de la salud licenciado o certificado (ver página 2 de la política de tarifas reducidas de ROVER) y recibida por Rover dentro de los 60 días de la firma del profesional de la salud. La información permanecerá en el archivo con Rover y no está sujeto a revisión pública.

Nombre del profesional de la salud: _____

Número de licencia / Estado expedido: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado Código Postal: _____

Marque uno: _____ Physician: (Specialty) _____

_____ Ayudante de Médico _____ Profesor de Enfermería _____ Audiólogo _____ Podólogo

_____ Optometrista _____ Licenciado Psicólogo Clínico _____ Certificado Psicólogo Escolar

_____ Terapeuta Ocupacional Licenciado _____ Terapeuta Físico Licenciado

Duración prevista de la discapacidad del solicitante:

_____ Temporal: condiciones a corto plazo que probablemente mejorarán dentro de un año

_____ A largo plazo: Condición con potencial de mejora o largos períodos de remisión

_____ Permanente: Condiciones con absolutamente ninguna expectativa de mejora

Certifico que el solicitante está afectado por el deterioro / enfermedad descrito y, como resultado, requiere los dispositivos de ayuda descritos y no puede usar los servicios de transporte masivo tan efectivamente como las personas que no están afectadas.

De firma: _____ Fecha: _____

Por favor devuelva la aplicación a:

ROVER, 111 West Vine Street, PO Box 1139, Murfreesboro, TN 37133-1