



## FIXED-ROUTE REDUCED FARE IDENTIFICATION CARD APPLICATION

Esta tarjeta es para personas mayores de 65 años o personas con discapacidad. Esta tarjeta le dará derecho a una tarifa con descuento en el sistema de autobuses de ruta fija de Simi Valley Transit.

**Personas mayores de 65 años deben presentar copia de una identificación valida**

**Imprima o escribe la siguiente sección:**

|  |  |  |
|--|--|--|
| Nombre:  |  |  |
| Domicilio:   |  |  |
| Ciudad:  | Estado:                                  | Código Postal:   |
| Numero de teléfono:  | Fecha de nacimiento:                     |  |
| ¿Utiliza alguno de los siguientes?   | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Escúter <input type="checkbox"/> Andadera |
| ¿Necesita un asistente de cuidado personal?  | <input type="checkbox"/> Si              | <input type="checkbox"/> No  |
| Contacto de emergencia:  | Relación:                                |  |
| Domicilio:   | Ciudad:                                  | Numero de teléfono:  |
| Por la presente autorizo a la persona que figura a continuación a divulgar a la ciudad de Simi Valley información sobre mi discapacidad para verificar mi elegibilidad para una tarjeta de identificación de tarifa reducida de ruta fija. La información divulgada se utilizará para determinar la elegibilidad para estos servicios. |  |  |
| Firma: _____   |  | Fecha: _____   |

**\*La parte inferior de esta solicitud solo es necesaria para personas con una discapacidad. Envíelo a su médico para que lo complete.\***

|  |  |  |
|--|--|--|
| Por la presente certifico que soy un médico autorizado en el Estado de California. Creo que según los Criterios de elegibilidad (enumerados al dorso), la Sección ____ califica al solicitante para una Tarjeta de identificación de tarifa reducida de ruta fija para ser utilizada en el sistema de autobuses de ruta fija de Simi Valley Transit. |  |  |
| ¿La discapacidad es temporal?  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, duración prevista: |
| Nombre del medico:   | Firma del médico:  |  |
| Número de licencia:  | Número de teléfono:                                      |  |
| Domicilio:   |  |  |
| Ciudad:  | Estado:  | Código Postal:                         |

Cuando esté completo, envíelo por correo a: City of Simi Valley/Transit  
2929 Tapo Canyon Road  
Simi Valley, CA 93063

## CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD/SERVICIOS DIAL-A-RIDE

- Sección 1. Discapacidad visual tal que:
- a) La visión en el mejor ojo es 20/200 o menos después de la mejor corrección.
  - b) La visión en el mejor ojo es 20/200 o menos después de la mejor corrección. El campo visual se contrae a 10° o menos desde un punto de fijación o subtiende un ángulo no mayor a 20°
- Sección 2. Pérdida auditiva bilateral del 50% no corregida mediante el uso de un audífono.
- Sección 3. Deterioro musculo esquelético como distrofia muscular, ontogénesis imperfecta o reumatismo o artritis severos de grado terapéutico III, clase funcional III o estado anatómico III.
- Sección 4. Deficiencias cardiovasculares que produzcan una marcada limitación de la actividad física. Una actividad física inferior a la habitual provoca fatiga, palpitations, disnea o dolor anginoso. La actividad física ordinaria debe restringirse notablemente.
- Sección 5. Insuficiencia respiratoria grave en la que la dificultad para respirar no aparece durante los momentos de descanso, pero sí durante las actividades diarias ordinarias como subir escaleras. En el momento de la enfermedad de las vías respiratorias superiores, puede volverse lo suficientemente grave como para requerir hospitalización.
- Sección 6. Amputación o deformidad anatómica (debido a déficits vasculares o neurológicos, pérdida traumática de masa muscular o tendones, o evidencia radiológica de subluxación de la articulación por anquilosis ósea o fibrosa) o inestabilidad de:
- a) Ambas manos
  - b) Una mano y un pie
  - c) Una extremidad inferior en o por encima de la región torzal.
- Sección 7. Trastorno neurológico debido a disfunción cerebral, incluido el autismo, o daño al sistema nervioso central, incluida la parálisis cerebral que resulta en una aberración de las funciones motoras.
- Sección 8. Parálisis, falta de coordinación o déficit motor funcional en dos extremidades cualesquiera debido a lesión cerebral, espinal o de nervios periféricos, incluidas paraplejía, cuadriplejía, hemiplejía, etc.
- Sección 9. Alteración emocional en la medida en que el solicitante viva en un centro de alojamiento y atención, o en su hogar bajo supervisión, y participe en un centro de actividades o taller patrocinado por una agencia financiada.
- Section 10. Epilepsia (trastorno convulsivo) que implica deterioro de la conciencia y que ocurre con más frecuencia que una vez al mes a pesar del tratamiento prescrito.
- Section 11. Cualquier otra discapacidad que considere que restringirá la movilidad. Adjunte una explicación con la solicitud.
- Section 12. Retraso mental.
- Section 13. El solicitante no tiene ninguno de los trastornos anteriores y no es elegible.  
Exclusiones:
- Embarazo
  - Obesidad
  - Alcoholismo o drogadicción aguda o crónica
  - Enfermedades contagiosas