

# Comisión de Transporte de Potomac y Rappahannock

14700 Potomac Mills Road, Woodbridge, VA 22192-6811

(703) 730-OMNI (6664)



Potomac and Rappahannock  
Transportation Commission

## Solicitud de elegibilidad para la tarjeta de tarifa reducida de OmniLink/OmniRide

*La PARTE I debe ser completada por el solicitante.*

*La PARTE II, en el dorso, debe ser completada y firmada por el certificante médico, si se requiere.*

El formulario completado debe ser enviado por correo a PRTC, por fax al (703) 583-1702 o convertido a un archivo electrónico y enviado por email a [Omni@OmniRide.com](mailto:Omni@OmniRide.com).

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono: Día (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tarde (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

### **Marque todas las opciones que correspondan:**

- Silla de ruedas     Andador     Animal de servicio (si es distinto de un perro, especificar)     Acompañante  
 Otro. Explicar: \_\_\_\_\_

¿Requiere usted servicio de un lugar específico a otro? (La PRTC no ofrece servicio de puerta a puerta).  Sí     No

En caso de responder afirmativamente, explicar: \_\_\_\_\_

Soy elegible para recibir una Tarjeta de Tarifa Reducida por la/s siguiente/s razón/es:

- Tengo 60 años o más. (*Adjuntar una fotocopia de una identificación con fotografía emitida por el gobierno que muestre la fecha de nacimiento.*)  
 Tengo una limitación de movilidad u otra incapacidad. (*Un certificante médico debe completar el dorso.*)  
 Soy titular de una tarjeta de Medicare (*Adjuntar una fotocopia de su tarjeta de Medicare.*)

Tome en cuenta que: La tarifa reducida es válida en los autobuses del Cross-County Connector y OmniLink todo el día. La tarifa reducida es válida en los servicios de autobús de OmniRide y Metro Direct entre las horas de 9:30 a.m. – 3:00 p.m. y después de 7:00 p.m. Si ha leído esta declaración y la entendió, firme la solicitud completada y regrésela a la dirección mencionada anteriormente.

**Certifico que la información proporcionada en la presente es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Entiendo que mi solicitud está sujeta a revisión y verificación y que la declaración falsa de cualquier información provocará la posible revocación de mi certificación.**

\_\_\_\_\_  
(Firmado)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

## PARTE II

La parte II debe ser completada por un médico o cualquiera de los siguientes profesionales certificados a nivel estatal o nacional. **Fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, consejero de rehabilitación, enfermero acreditado o trabajador social.**

**Criterios de elegibilidad: marque con un círculo el criterio de elegibilidad que corresponde al solicitante.**

- A. Requiere el uso de una silla de ruedas.
- B. Tiene una discapacidad que le impide mantenerse de pie por sí solo por diez (10) minutos o más y requiere el uso de una muleta, un bastón, una férula, un andador u otro elemento de asistencia.
- C. Tiene una discapacidad que le impide sostener monedas, fichas o billetes o sujetarse de soportes o pasamanos.
- D. No puede escalar un recorrido de tres (3) peldaños con una elevación de ocho (8) pulgadas y tampoco puede caminar cien yardas en una superficie con una inclinación de grado sin pausa.
- E. Está legalmente ciego y no puede utilizar el transporte público. La definición de ceguera legal es "agudeza visual central de 20/200 o menos en ambos ojos con mejor corrección o restricción del campo visual de 20 grados o menos."
- F. Tiene un diagnóstico de retraso mental o discapacidad de desarrollo, traumatismo craneal o enfermedad de Alzheimer o trastornos relacionados, y tiene una deficiencia cognitiva (incapacidad para seguir instrucciones verbales, escritas o gráficas) que ocasiona desorientación o confusión mientras utiliza el transporte público, o demuestra estimulación problemática como multitudes y ruidos.
- G. Embarazo que impide permanecer de pie en un vehículo en movimiento por diez (10) minutos o más.
- H. Sordo o con dificultad auditiva. (Esta guía **debe** estar certificada por un audiólogo autorizado o un otorrinolaringólogo autorizado que se basa en un audiograma para el diagnóstico): Una persona cuya pérdida auditiva es 70 dba o más en los rangos de 500, 1000, 2000 KHz en ambos oídos, independientemente del uso de audífonos.

¿La discapacidad es permanente? \_\_\_\_\_ ¿La discapacidad es temporal? \_\_\_\_\_

Si es temporal, ¿por cuánto tiempo (en meses)? \_\_\_\_\_

**¿Alguna de las siguientes situaciones corresponden al solicitante?**

- |   | Sí    | No    |
|---|-------|-------|
| 1. Tiene un problema de salud que le impide utilizar un cinturón de seguridad.  | _____ | _____ |
| 2. Debe viajar con un escolta o acompañante.<br>(Si la respuesta es "Sí", el solicitante deberá viajar con un escolta en todo momento.) | _____ | _____ |
| 3. Requiere la asistencia de un animal de servicio para viajar.   | _____ | _____ |

**Esta información refleja mi opinión profesional de que el solicitante es elegible de acuerdo con los criterios establecidos en el presente.**

Nombre del certificante: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de registro/certificación estatal: \_\_\_\_\_

Firma del certificante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Para ser completado por PRTC*

Autorizado por: \_\_\_\_\_ Número de permiso: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## PART II

Part II to be completed by a physician or any one of the following state or nationally certified professionals: Physical Therapist, Occupational Therapist, Rehabilitation Counselor, Registered Nurse, or Social Worker.

**Eligibility Criteria: Please circle the eligibility criterion that pertains to the applicant.**

- A. Is required to use a wheelchair.
- B. Has an impairment that prohibits standing alone for ten (10) minutes or more and requires the use of a crutch, cane, brace, walker, or other assistance.
- C. Has an impairment that prohibits holding coins, tokens, or dollar bills or grasping stanchions or hand rails.
- D. Cannot climb a flight of three (3) steps with an eight (8) inch rise, and also cannot walk one hundred yards on a level surface of grade without pause.
- E. Is legally blind and unable to use mass transit. The definition of legal blindness is “central visual acuity of 20/200 or less in both eyes with best correction or visual field restriction of 20 degrees or less.”
- F. Has a diagnosis of mental retardation or development disability, head injury, or Alzheimer’s Disease or related disorders, and has a cognitive impairment (inability to follow verbal, written, or pictorial directions) which causes disorientation or confusion while using mass transit, or demonstrates problematic stimulation such as crowds and noise.
- G. Pregnancy that prohibits standing in a moving vehicle for ten (10) minutes or more.
- H. Deaf or hard of hearing. (This guideline **must** be certified by either a licensed audiologist or a licensed otolaryngologist who is relying upon an audiogram for diagnosis): An individual whose hearing loss is 70 dba or greater in the 500, 1000, 2000 KHz ranges in both ears, regardless of the use of hearing aids.

Is the disability permanent? \_\_\_\_\_ Is the disability temporary? \_\_\_\_\_

If temporary, for how long (in months)? \_\_\_\_\_

**Do any of the following pertain to the applicant?**

	Yes	No
1. Has a medical condition that prevents him/her from using a seat belt.	_____	_____
2. Must travel with an escort or companion. (If “Yes”, applicant will be required to travel with an escort at all times.)	_____	_____
3. Requires the assistance of a service animal in order to travel.	_____	_____

**This information reflects my professional judgment that the applicant is eligible according to the criteria established here.**

Certifier’s Name: \_\_\_\_\_

Profession: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_ Registry/State Certification Number: \_\_\_\_\_

Certifier’s Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*To be completed by PRTC*

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

Permit Number: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_