

Solicitud para tarjeta TAP para personas con discapacidades (Nueva y renovación)



Personas con discapacidades

Complete esta solicitud para recibir o renovar su tarjeta TAP con pasaje reducido.

VI-1715-DJ02021-LACMTA

Como completar su solicitud

Una solicitud completa y lista para ser enviada debe contener lo siguiente:

- Una foto recién de rostro entero de 2" x 2" o 1" x 1¼" (sin sombrero o gafas de sol) pegada en el cuadro de la **SECCIÓN 1**.
- Un formulario de solicitud completo: **SECCIONES 1, 2, 3** para todos los solicitantes y **SECCIÓN 5 y 6** para solicitantes que reúnen los requisitos para discapacidad médica.
- Fotocopia de una identificación oficial y los documentos necesarios para mostrar elegibilidad de la **SECCIÓN 3** para todos los solicitantes.

Como completar su solicitud

- Envíe su paquete completo en una de las siguientes maneras:
- En persona a cualquiera de los siguientes Centros para Clientes de Metro que se muestran abajo: ■ Por correo a:

Baldwin Hills/Crenshaw

3650 W Martin Luther King Bl
Ste 189
Los Angeles, CA
Martes a sábado, 10am-6pm

East Los Angeles

4501-B Whittier Bl
Los Angeles, CA
Martes a sábado, 10am-6pm

Rosa Parks Customer Center

Willowbrook/Rosa Parks Station
11720 Wilmington Av
Los Angeles, CA
Lunes a viernes, 6am-6:30pm

TAP Reduced Fare Office

One Gateway Plaza
Mail Stop 99-PL-4
Los Angeles, CA 90012-2952

Wilshire/Vermont

3183 Wilshire Bl
Ste 174
Los Angeles, CA
Lunes a viernes, 10am-6pm

Union Station East

One Gateway Plaza
Los Angeles, CA
Lunes a viernes, 6am-6:30pm

Los solicitantes elegibles recibirán su tarjeta TAP por correo dentro de 20 días útiles después que la verificación haya sido completada. Por favor permita tiempo adicional para las solicitudes enviadas por correo. Solicitudes son sólo para uso interno y no serán sujeto al examen por parte del público. La tarjeta TAP para personas con discapacidades no es transferible.

Agencias de transporte que participan en TAP

- Visite taptogo.net.
- Llame a TAP al 866.827.8646.
- Visite taptogo.net/TAPagencies

Servicio de atención al cliente de TAP

- Llame a TAP al 866.827.8646.
- Centros de servicio al cliente de Metro

Para obtener información sobre Access Services

- Visite accessla.org.
- Llame al 800.827.0829 (800.827.1359, TDD).

Para encontrar su Dial-A-Ride local

- Visite <https://dpw.lacounty.gov/transit/DAR.aspx>.

Información adicional sobre pasaje reducido

- Para Metro, envíe un correo electrónico a reducedfare@metro.net.
- Para su agencia de transporte local, comuníquese directamente para obtener información sobre su programa de pasaje reducido.
- Para los pasajeros de bajos ingresos que califiquen, aprenda sobre los subsidios de tarifa del programa LIFE (Low-Income Fare is Easy) en TAP. Visite metro.net/life.
- Para obtener más información sobre la aplicación TAP, visite taptogo.net.

Tarjetas TAP perdidas, robadas o destruidas

- Llame a TAP al 866.827.8646
- Se aplica una tarifa de reemplazo no reembolsable de \$5.

Solicitud para tarjeta TAP para personas con discapacidades (marque uno)



Nueva

Renovación



Si están disponibles, ingrese los últimos ocho dígitos de su tarjeta existente

Complete para renovar o solicitar una nueva tarjeta TAP para personas con discapacidades.

Instrucciones para la solicitud

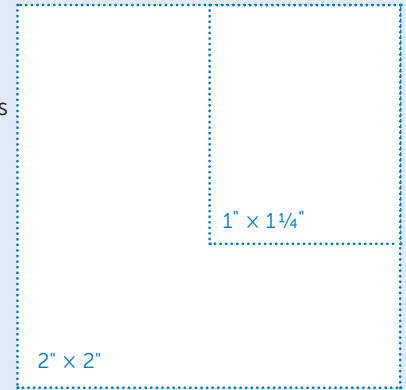
- Todos los solicitantes deben completar las **SECCIONES 1, 2 y 3** de esta solicitud y proporcionar una copia de una tarjeta de identificación oficial con foto.
- Si el solicitante tiene una discapacidad médica de elegibilidad (vea la **SECCIÓN 3**), el solicitante también debe completar la **SECCIÓN 5** y debe pedir que un doctor u otro profesional médico certificado complete la **SECCIÓN 6**.
- Incluye una fotocopia de una identificación oficial con foto y los documentos necesarios para mostrar elegibilidad de la **SECCIÓN 3** para todos los solicitantes que reúnen los requisitos para discapacidad médica.
- Someta su solicitud completa en persona o por correo (vea la última página).

SECCIÓN 1 – Especificaciones de la foto

- Todas las solicitudes con fotos que no satisfacen las condiciones listadas a continuación no serán procesadas.

Pegue la foto dentro del cuadro

- Foto de rostro entero
- Sin sombreros o gafas de sol
- Tamaño de la foto 2" x 2" o 1" x 1¼"
- La foto debe ocupar el espacio dentro del cuadro (corte al tamaño del cuadro)
- La foto debe estar en foco y en color



SECCIÓN 2 – Información del solicitante

Apellido

Primer nombre

Segundo nombre/Inicial

Domicilio

Número de apartamento

Ciudad, Estado, Código postal

Fecha de nacimiento

Número de teléfono

Yo declaro bajo la pena de perjurio del Estado de California, que la información que he proporcionado es verdadera y correcta. Yo entiendo que puedo perder los privilegios del uso de mi tarjeta TAP con pasaje reducido si hago mal uso de la tarjeta o si hago marcas, desfiguro o daño la propiedad de la agencia de transporte. Yo entiendo que mi tarjeta TAP no es transferible.

Firma del solicitante

Fecha

SECCIÓN 3 – Criterios de elegibilidad y certificación médica

Los solicitantes que cumplen con los requisitos en una de las siguientes categorías son elegibles automáticamente para la tarjeta de identificación TAP para personas con discapacidades. Aviso: Los solicitantes que cumplen con los requisitos de una de las primeras cuatro categorías deben proporcionar una copia del documento comprobando su elegibilidad y una licencia de conducir de California válida o una tarjeta de identificación de California válida.

- Tengo una tarjeta de identificación de Medicare [Medicare Card] (no se aceptan tarjetas de Medi-Cal)
- Tengo un recibo de una placa de identificación de discapacitados del Departamento de Vehículos Motorizados [DMV Placard] (debe tener una fecha de vencimiento válida para ser aceptada)
- Tengo una identificación de veterano discapacitado (con servicio conectado)/Carta de resume de beneficios de VA (Administración de veteranos)
- Soy un beneficiario de Ingresos Suplementarios del Seguro [SSI] o de Seguro Médico para Discapacitados del Seguro Social [SSDI] (una copia de la carta otorgando o modificando el subsidio, o un cheque del subsidio)
- Soy un estudiante de un Programa de Educación Especial en el Condado de Los Angeles (una carta de certificación en el membrete de la escuela firmada por el maestro/a de Educación Especial)

----- SI CUMPLE CON UNO DE LOS REQUISITOS LISTADOS ANTERIORMENTE, PUEDE PARAR AQUÍ -----

- Tengo una discapacidad médica que me hace elegible bajo las condiciones de Discapacidad de Seguro Social (Requiere completar las **SECCIÓN 5 y 6**)

----- CONTINUÉ A LAS SECCIONES 5 Y 6 -----



Qualified healthcare professionals who may certify disabilities listed in **SECTION 4**:

M.D. & D.O./PRACTITIONER – ALL IMPAIRMENTS, ALL CATEGORIES

CHIROPRACTORS – MOBILITY IMPAIRMENTS **A, B, D ONLY**

OPTOMETRIST – VISUAL IMPAIRMENTS **K, L ONLY**

AUDIOLOGIST – HEARING IMPAIRMENTS **O, P ONLY**

PODIATRIST – MOBILITY IMPAIRMENTS **A, B, C, D ONLY**

CLINICAL PSYCHOLOGISTS – MENTAL IMPAIRMENTS **M, N ONLY**

In order to certify an individual for the Persons with Disabilities TAP card you must:

- Agree to only certify, as eligible, those individuals who meet the criteria in **SECTION 4**.
- Upon request, provide verification of the information contained on this application to qualifying agency.
- Possess the proper professional degree and be licensed in California.

SECTION 4 – Medical disability criteria

MOBILITY IMPAIRMENTS

- A** Non-ambulatory: Requires use of a wheelchair.
- B** Mobility-aided: Requires use of an AFO or larger leg brace, walker or crutches to achieve mobility.
- C** Arthritis: Therapeutic Grade III or worse, Functional Class III or worse or Anatomical Grade III or worse.
- D** Amputation/Deformity: Traumatic loss of muscle mass or tendons; x-ray evidence of bony or fibrous ankylosis; joint subluxation or instability of both hands or one hand and one foot or amputation at or above tarsal region.
- E** Stroke: Causing pseudobulbar palsy, sustained functional motor deficit of gross/dexterous movement or gait, or ataxia affecting two or more extremities.

PHYSICAL IMPAIRMENTS

- F** Respiratory: Class III or greater.
- G** Cardiac: Vascular impairments of Functional Class III or IV and Therapeutic Class C, D or E.
- H** Dialysis: Individuals who require kidney dialysis to live.
- I** Neurological impairments: As contained in *Disability Evaluation Under Social Security Publication*.
- J** Chronic progressive debilitating disorders: Diseases that are characterized by chronic symptoms such as fatigue, weakness, weight loss, pain and changes in mental status, which interfere in daily living activities and significantly impair mobility.
 - Progressive and uncontrollable malignancies
 - Advanced connective tissue disease, such as Lupus erythematosus, scleroderma or polyarteritis nodosa
 - Symptomatic HIV: (AIDS or ARC) in CDC defined clinical group IV, Subgroups A

VISUAL IMPAIRMENTS

- K** Legally blind.
- L** Visual acuity: No better than 20/200 after correction in best eye, or visual field is contracted to 10 degrees or less from point of fixation or subtends to angle no greater than 20 degrees.

MENTAL IMPAIRMENTS

- M** Mental/Emotional: Individual with a mental or emotional impairment listed in *Diagnostic and Statistical Manual V* of the American Psychiatric Association, the severity of which meets or exceeds standards outlined in the *Disability Evaluation Under Social Security Publication*. Disability must have been present for at least three months and be expected to continue for at least three months past the application date.
- N** Autism: Syndrome consisting of withdrawal, inadequate social relationships, language disturbance and monotonously repetitive motor behavior.

HEARING IMPAIRMENTS

- O** Total deafness.
- P** Persons whose hearing loss is 70 dba or greater in the 1000 and 2000 Hz ranges.

THIS SIDE TO BE COMPLETED FOR QUALIFYING MEDICAL DISABILITY CRITERIA ONLY
ESTE LADO SOLO DEBE SER COMPLETADO PARA MOSTRAR ELIGIBILIDAD CON LOS CRITERIOS MÉDICOS

SECTION 5 – Medical release consent (REQUIRED for medical disability criteria only)

In connection with my application for a Persons with Disabilities TAP card, I hereby authorize Dr./Practitioner _____ to release to the appropriate agency, medical or other pertinent information regarding my disability. The information released will only be used to verify my patient status and the designation of my disability category.

I realize that I have a right to receive a copy of this authorization. I understand that I may revoke this authorization at any time. Unless revoked, this form will permit the health care professional certifying my disability to release pertinent information for up to 60 days after the date appearing below.

Applicant Name (Print)

Applicant Signature

Date

SECTION 6 – Medical professional certification (REQUIRED for doctor's/practitioner's use only)

Doctor's/Practitioner's Full Name

License No.

Address

Suite

City, State, Zip

Telephone Number

Fax Number

Signature

Date of Examination (within the last year)

I hereby certify that the applicant's Medical Disability Criteria defined in **SECTION 4** is/are (Circle all letters that apply.)

A B C D E F G H I J K L M N O P

In the space provided below, doctor must indicate in detail applicant's disability. (Required.)

In my professional judgment, the applicant's disability is expected to continue for: (Check one only.)

- 3 months 6 months 9 months
 1 year 2 years 3 years 4 years Permanently disabled

(Note: TAP cards will not be issued for less than three months or more than 10 years.)

I understand that failure to certify applicant disabilities in accordance with the above guidelines will result in cancellation of my certification privileges. I am legally licensed as a _____ in the State of California and under the penalty of perjury, I hereby declare that the information provided is true and correct.