



## **SOLICITUD DE PASE DE MEDIA TARIFA DE LA JURISDICCION REGIONAL DE TRANSPORTE PÚBLICO DE STANISLAUS**

Para ser elegible para un Pase de Media Tarifa de la StanRTA, debe: tener sesenta y cinco (65) años de edad o más; o ser un veterano dado de baja honorablemente; o un beneficiario de Medicare; o tener una limitación que le dificulte extremadamente viajar en autobuses de ruta fija. Tener un Pase de Media Tarifa de la StanRTA no le da derecho a viajar en servicios suplementarios de tránsito paralelo. Si no puede usar la ruta fija debido a una discapacidad, es posible que sea elegible para usar el Servicio Puerta-A-Puerta de tránsito paralelo. La posesión de un Pase de Media Tarifa de la StanRTA no le da derecho de viajar gratis a persona alguna porque anda con usted. Si requiere de alguien que le acompañe o un auxiliar de cuidado médico, éste puede viajar gratis si llena un formulario de certificación (Paso 4 de esta solicitud) el que debe ser firmado por su médico o prestador de servicios sociales.

### **INSTRUCCIONES PARA LLENAR ESTA SOLICITUD:**

1. Si presenta esta solicitud porque es beneficiario de **Medicare**, debe presentar una copia de su tarjeta vigente de Medicare (roja, blanca y azul).
2. Si está solicitando la tarjeta de descuento **en base a su edad, complete solamente los pasos 1 y 2.**
3. Si presenta esta solicitud como **veterano**, facilite uno de los siguientes documentos: Carnet de Veterano de VA, Carnet Médico de Veterano o una Licencia de Conducir de CA con designación de Veterano.
4. Si está presentando esta solicitud debido a una **discapacidad, llene ambos lados** de este formulario. El reverso debe ser completado por una agencia de servicios sociales o por su doctor.
5. **TODO SOLICITANTE DEBE PRESENTAR UNA IDENTIFICACIÓN EMITIDA POR EL GOBIERNO (CON FOTO), ADEMÁS DE CUALQUIER DOCUMENTO MENCIONADO ANTERIORMENTE**

### **PASO 1 DEBE SER LLENADO POR TODOS LOS SOLICITANTES (ESCRIBA CON LETRA CLARA)**

YO (NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA): \_\_\_\_\_ NACIDO EL: \_\_ / \_\_ / \_\_  
POR LA PRESENTE AUTORIZO AL CERTIFICANTE MENCIONADO EN EL REVERSO A DIVULGAR ESTA INFORMACIÓN A LA JURISDICCION DE TRANSPORTE PÚBLICO REGIONAL DE STANISLAUS CON EL FIN DE EMITIR UN PASE DE MEDIA TARIFA

DIRECCIÓN POSTAL (use letra de imprenta):

\_\_\_\_\_  
Calle/Casilla Ciudad Código Postal

(use letra de imprenta)

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ FIRMA DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

NÚMERO TELEFÓNICO: \_\_\_\_\_

### **PASO 2: FUNDAMENTO PARA SU ELEGIBILIDAD — MARQUE SÓLO UNA CASILLA**

- Beneficiario de Medicare**  
 **Adulto Mayor**  
 **Veterano**  
 **Incapacitado**

## EL DOCTOR O AGENCIA QUE CERTIFICA SU INCAPACIDAD DEBE COMPLETAR LOS PASOS 3, 4 Y 5

**PASO 3** De conformidad con Regulaciones Federales, StanRTA cobra la mitad de la tarifa regular a ciertos pasajeros discapacitados. La norma federal para tener derecho a este descuento de pasaje es que el pasajero “es una persona que: debido a una enfermedad, lesión, defecto congénito u otra incapacidad o discapacidad temporal o permanente no puede viajar de manera efectiva, sin adaptaciones, planificación o diseño especiales” en el sistema de autobuses de ruta fija StanRTA.

**Ponga sus iniciales aquí si este solicitante cumple con la normativa de cualificación mencionada arriba:**

\_\_\_\_\_ **SÍ**, este solicitante cumple con los requisitos necesarios para la tarifa con descuento

Su condición es  Permanente (Debe renovarse después de 3 años)

Temporal (mínimo 3 meses) desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

**PASO 4:** **Asistente:** ¿Requiere el pasajero asistencia física para subir o bajar del autobús? o  
¿Necesita ayuda para manejarse dentro del autobús?  **SÍ**  **No**

El personal de transporte público puede que llame a la agencia certificadora para confirmar o analizar la necesidad de un auxiliar/asistent

*(El auxiliar/asistente de un pasajero incapacitado viaja gratis cuando asiste a ese pasajero. El uso fraudulento de un asistente es evasión de tarifa y es ilegal)*

**Si respondió “SÍ” ¿Qué tareas específicas realizará dicho auxiliar para asistir al pasajero?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PASO 5:** **Agencia de Servicio Social o Confirmación del Médico**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Profesional que Certifica (letra de molde)      Firma      Fecha

\_\_\_\_\_  
Título      Dependencia      Teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección

**LLENE Y ENTREGUE ESTE FORMULARIO EN LA OFICINA DE STANRTA  
EN LA TERMINAL DE AUTOBUSES (1009 9th Street, Modesto 95354) O PUEDE  
SOMETERLO POR CORREO ELECTRÓNICO A: [info@stanrta.org](mailto:info@stanrta.org)**