

# Solicitud para tarjeta de identificación TAP para discapacitados



LOS ANGELES COUNTY TRANSIT OPERATORS ASSOCIATION (LACTOA)

## COMO SOMETER SU SOLICITUD

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

- > Pague una tarifa no reembolsable de \$2. Si está aplicando por correo extienda el cheque o giro postal a Metro.
- > Una foto recién de rostro entero de 2" x 2" ó 1" x 1¼" (sin sombrero o gafas de sol) adhiera en el cuadro de la **SECCION I**.
- > Un formulario de solicitud completo: **SECCIONES I, II y III** para todos los solicitantes y **SECCIONES IV y V** para solicitantes que reúnen los requisitos para discapacidad médica.
- > Fotocopia de licencia de conducir de California o tarjeta de identificación de California y los documentos necesarios para mostrar elegibilidad de la **SECCION III** para todos los solicitantes que reúnen los requisitos para discapacidad médica.

Someta su paquete de solicitud completo en persona a cualquiera de los siguientes Centros para Clientes de Metro que se muestran abajo o por correo a:

- > Metro Reduced Fare Office  
Mail Stop 99-PL-4  
One Gateway Plaza  
Los Angeles, CA 90012-2952

Tarjetas de identificación TAP para discapacitados de LACTOA serán enviadas por correo a los solicitantes que reúnan los requisitos dentro de los 20 días útiles después que verificación haya sido completada. Las agencias de LACTOA se reservan el derecho de tomar una determinación final sobre la elegibilidad de las tarjetas de identificación TAP de discapacitados. Las solicitudes son exclusivamente para uso interno y no serán utilizadas para revisión pública. La tarjeta no es transferible.

## CENTROS PARA CLIENTES DE METRO (ACEPTAN SOLICITUDES DE TARJETAS DE IDENTIFICACION TAP PARA DISCAPACITADOS DE LACTOA)

Centro para Clientes de Metro	Centro para Clientes de Metro	Centro para Clientes de Metro	Centro para Clientes de Metro
<b>Baldwin Hills/Crenshaw</b>	<b>East Los Angeles</b>	<b>Union Station/Gateway Plaza</b>	<b>Wilshire/La Brea</b>
3650 Martin Luther King Bl Ste 101B Los Angeles, CA	4501 B Whittier Bl Los Angeles, CA	One Gateway Plaza Los Angeles, CA	5301 Wilshire Bl Los Angeles, CA

## PARA MAS INFORMACION

Visite [metro.net/reducedfares](http://metro.net/reducedfares)  
213.680.0054

El programa de tarjeta de identificación TAP para discapacitados de LACTOA le facilita a usuarios con discapacidades a reunir los requisitos para pasajes reducidos en todos los operadores de transporte del Condado de Los Angeles (excepto los servicios de Dial-a-Ride).

## INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD

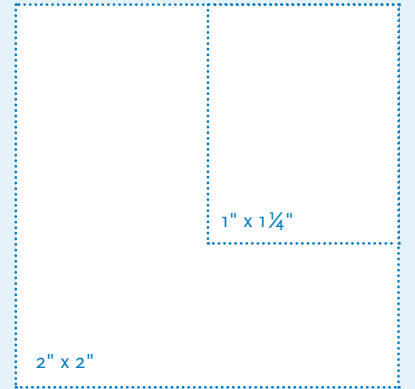
- > Todos los solicitantes deben completar las **SECCIONES I, II y III** de esta solicitud y proporcionar una copia de una tarjeta de identificación con foto.
- > Si el solicitante tiene una discapacidad médica de elegibilidad (vea la **SECCION III**), el solicitante también debe completar la **SECCION IV** y debe pedir que un doctor u otro profesional médico certificado complete la **SECCION V**.
- > Pague una tarifa no reembolsable de \$2. Si está aplicando por correo extienda el cheque o giro postal a Metro.
- > Fotocopia de licencia de conducir de California o tarjeta de identificación de California y los documentos necesarios para mostrar elegibilidad de la **SECCION III** para todos los solicitantes que reúnen los requisitos para discapacidad médica.
- > Someta su solicitud completada en persona o por correo (vea la última pagina).

## SECCION I – ESPECIFICACIONES DE LA FOTO

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

### ENGRAPE LA FOTO DENTRO DEL CUADRO

- > Foto de rostro entero
- > Tamaño de la foto 2" x 2" ó 1" x 1¼"
- > Sin sombreros o gafas de sol
- > La foto debe ocupar el espacio dentro del cuadro (corte al tamaño del cuadro)
- > La foto debe estar imprimada en papel fotográfico, no debe ser fotocopia



## SECCION II – INFORMACION DEL SOLICITANTE (DEBE SER COMPLETADA POR EL 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. 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.		
Firma del solicitante		Fecha

## SECCION III – CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD Y CERTIFICACION MEDICA

Los solicitantes que cumplen con los requisitos en una de las siguientes categorías son elegibles automáticamente para la tarjeta de identificación TAP para discapacitados de LACTOA. *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) o una identificación de veterano discapacitado (con servicio conectado)
- \_\_\_\_\_ 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)

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

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

\_\_\_\_\_ Tengo una discapacidad médica que me hace elegible bajo las condiciones de Discapacidad de Seguro Social (requiere completar las SECCIONES IV y V)

----- CONTINUE A LAS SECCIONES IV Y V -----

SECCION IV – CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA (REQUERIDO SOLAMENTE PARA MOSTRAR ELEGIBILIDAD BAJO LOS CRITERIOS DE DISCAPACIDAD MEDICA)

Con referencia a mi solicitud para una tarjeta de identificación TAP para discapacitados de LACTOA, yo con lo presente autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ a divulgar a la agencia apropiada la información médica u otra información pertinente con referencia a mi discapacidad. La información que se divulgue solamente será utilizada para verificar mi estado como paciente y la designación de mi categoría de discapacidad.

Reconozco que tengo derecho a recibir una copia de ésta autorización. Entiendo que puedo revocar ésta autorización en cualquier momento. A menos que sea revocado, éste consentimiento permitirá que el profesional del cuidado de la salud que certifica mi discapacidad divulgue la información pertinente hasta por 60 días después de la fecha que aparece abajo.

Nombre del solicitante (letra imprenta) \_\_\_\_\_ Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

SECTION V – MEDICAL PROFESSIONAL CERTIFICATION (FOR DOCTOR'S USE ONLY/PARA USO DEL DOCTOR SOLAMENTE)

Qualified health care professionals who may certify disabilities listed in SECTION VI:

M.D. & D.O. – ALL IMPAIRMENTS, ALL CATEGORIES	AUDIOLOGIST – HEARING IMPAIRMENTS <b>D, P ONLY</b>
CHIROPRACTORS – MOBILITY IMPAIRMENTS <b>A, B, D ONLY</b>	PODIATRIST – MOBILITY IMPAIRMENTS <b>A, B, C, D ONLY</b>
OPTOMETRIST – VISUAL IMPAIRMENTS <b>K, L ONLY</b>	CLINICAL PSYCHOLOGISTS – MENTAL IMPAIRMENTS <b>M, N ONLY</b>

In order to certify an individual for the LACTOA Disabled TAP identification card you must:

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

I hereby certify that the applicant's Medical Disability Criteria defined in SECTION VI 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 ( ) years, ( ) months.

(Note: TAP Identification cards will not be issued for less than 3 months or more than 3 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.

MEDICAL PROFESSIONAL INFORMATION

Doctor's Full Name \_\_\_\_\_ License No. \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Suite \_\_\_\_\_

City | State | Zip \_\_\_\_\_ Telephone Number \_\_\_\_\_ Fax Number \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date of Execution \_\_\_\_\_

SECTION VI – 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, Anatomical Grade III or worse.
- D** Amputation/Deformity: Traumatic loss of muscle mass or tendons or x-ray evidence of bony or fibrous ankylosis, joint subluxation or instability of both hands, one hand and foot, or amputation at or above tarsal region.
- E** Stroke: Causing Pseudobulbar Palsy, sustained functional motor deficit of gross/dexterous movement or gait, ataxia affecting two 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-E

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 IV* 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 3 months and be expected to continue for at least 3 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.

[See back for more information. →](#)