

# DISABILITY IDENTIFICATION CARD APPLICATION

Persons with disabilities are entitled to a discounted fare on the SCAT fixed-route bus system. The SCAT Disability I.D. Card, a Medicare card or ADA Paratransit I.D. card must be shown to the driver each time you board the bus to qualify for the reduced fare. If proper I.D. is not shown, the reduced disabled fare *does not* apply.

Completed applications **MUST BE RETURNED IN PERSON** by the applicant to the SCAT Customer Service Center, Oxnard Transportation Center, 201 E. Fourth Street, Oxnard, CA. **Incomplete applications will not be accepted.** A photo will be taken for the Identification Card at that time.

<b>SECTION 1: To be completed by the applicant or by someone on the applicant's behalf. Please print legibly or type.</b>			
Applicant's Name			
Address (include Apt. #)	City	State	Zip Code
Phone Number	Birthdate		
Emergency contact person	Relationship	Phone Number	
<p>I hereby authorize the person listed in Section 2 of this application to release to South Coast Area Transit medical, or other pertinent information, about my disability. The information released will be used solely to determine my eligibility for this Disability Identification Card.</p>			
Applicant's Signature		Date	

<b>SECTION 2: To be completed by a physician or licensed medical professional, licensed optometrist (for visual impairments), or counselor/social worker (representing a recognized organization for persons with disabilities). Please print legibly or type.</b>			
<p>I hereby certify that the applicant qualifies under <b>Criteria Number(s)</b> _____ <b>(list all that apply), as listed on the other side of this application,</b> for the SCAT Disability Identification Card. The disability is: (check one)                _____ Permanent                      _____ Temporary, and the expected duration is _____</p> <p>I am legally <b>licensed</b> as a _____ in the State of California and hereby declare that the information provided is true and correct.</p>			
Name		Signature	
License #		Date	
Organization Name		Phone Number	
Business Address	City	State	Zip Code
<b>Return this form to the applicant.</b>			

## ELIGIBILITY CRITERIA

Applicant's disability must meet one of the following criteria to qualify for the Disability Identification Card entitling the applicant for a reduced fare on SCAT fixed-route buses.

1. **Visual impairment** such that, after best correction, vision in the better eye is 20/200, or less; or the visual field is contracted to 10 degrees or less from a point of fixation or subtends to an angle no greater than 20 degrees.
2. **Hearing impairment** such that there is a 50% bilateral hearing loss uncorrected by use of a hearing aid.
3. **Musculoskeletal impairment** such as muscular dystrophy, osteogenesis imperfecta, or severe rheumatism or arthritis of Therapeutic Grade III or worse, Functional Class III or worse, or Anatomical Grade III or worse.
4. **Cardiovascular impairment** resulting in marked limitation of physical activity. Less than ordinary physical activity causes fatigue, palpitation, dyspnea or anginal pain. Ordinary physical activity should be markedly restricted.
5. **Respiratory impairment** in which shortness of breath does not appear during times of rest but does occur during ordinary daily activities such as stair climbing or walking more than 200 feet. At the time of upper respiratory illness, it may become severe enough to require hospitalization.
6. **Amputation, anatomical deformity** (due to vascular or neurological deficits), traumatic loss of muscle mass or tendons, or x-ray evidence of bony or fibrous ankylosis joint subluxation, or instability of: (a) both hands, (b) one hand and one foot, or (c) amputation of one lower extremity at or above the tarsal region.
7. **Paralysis**, incoordination, or functional motor deficit in any two limbs due to brain, spinal, or peripheral nerve injury, including paraplegia, quadriplegia, and hemiplegia.
8. **Neurological disorder** due to brain dysfunction or damage to the central nervous system, including autism and cerebral palsy resulting in aberration of motor functions.
9. **Epilepsy** involving impairment of consciousness which occurs more frequently than once a month despite prescribed treatment.
10. **Mental Retardation** to the extent that applicant has subaverage general intellectual functioning associated with impairment in adaptive behavior.
11. **Emotional disorder** due to the presence of mental illness, to the extent that applicant has significant impairment and/or symptoms which hinder their daily living, including schizophrenia, clinical depression, bi-polar and anxiety disorders.
12. **Any other disability that restricts the applicant's mobility.** *Please attach an explanation with this application.*

**The following conditions *do not* qualify the applicant:**

- **pregnancy**
- **obesity**
- **acute or chronic alcoholism or drug addiction**
- **contagious diseases**

# SOLICITUD PARA TARJETA DE IDENTIFICACION DE INCAPACIDAD

Personas con incapacitación pueden recibir un descuento en la tarifa de SCAT en el sistema de buses con rutas fijas. La tarjeta de SCAT de identificación para personas incapacitadas, una tarjeta de Medicare o tarjeta de identificación de Paratransito de ADA debe ser mostrada al conductor cada vez que se suba al bus para calificar para la tarifa reducida. Si no se muestra la identificación apropiada no se recibirá el descuento.

La solicitud completa debe ser **DEVUELTA POR EL SOLICITANTE EN PERSONA** a el Centro de Servicios al Cliente de SCAT, al Oxnard Transportation Center, 201 E. Fourth Street, Oxnard, CA. **No aceptamos solicitudes incompletos.** A esta vez se le tomará una foto para la tarjeta de identificación.

<b>SECCION 1: Debe ser completada por el solicitante o por alguien en nombre del solicitante. Por favor escriba a máquina o con caracteres de imprenta.</b>			
Nombre del Solicitante			
Domicilio (incluya el número del apartamento)	Ciudad	Estado	Zona Postal
Número de teléfono	Fecha de Nacimiento		
Persona que debe ser contactada en caso de emergencia	Relación	Número de teléfono	
<p>Por la presente autorizo a la persona de la Sección 2 de esta solicitud a que dé a South Coast Area Transit información médica u otra información pertinente sobre mi incapacitación. Esta información se usará solamente para determinar mi elegibilidad para esta tarjeta de identificación.</p>			
Firma del Solicitante		Fecha	

<b>SECCION 2: Debe ser completada por un médico o un profesional médico con licencia, un optometrista con licencia (para impedimentos visuales) o por un consejero/trabajador social (que representa a una organización reconocida que trabaja con personas incapacitadas). Por favor escriba a máquina o con caracteres de imprenta.</b>			
<p>Por la presente certifico que el solicitante califica bajo el o los <b>Numeros de Criterio</b> _____ (escriba todos los que se aplican) que están al otro lado de esta solicitud para obtener una tarjeta de identificación de incapacidad de SCAT. La incapacidad es: (marque uno)</p> <p>_____ Permanente      _____ Temporaria, y se espera que la duración sea _____</p> <p>Yo soy licenciado legalmente como _____ por el Estado de California y declaro que toda la información dada es verdadera y correcta.</p>			
Nombre		Firma	
Número de la licencia		Fecha	
Nombre de la organización		Número de teléfono	
Domicilio del negocio	Ciudad	Estado	Zona Postal
<b>Devuelva esta solicitud al solicitante.</b>			

## CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

El solicitante debe tener una de estas condiciones para calificar para una tarjeta de identificación de incapacitación, que le permite una tarifa reducida en las rutas fijas de SCAT.

1. **Impedimento visual** que la visión del mejor ojo es 20/200 o menos después de la mejor corrección; o el campo de visión es limitado a 10 grado o menos de un punto fijo o subtiende un ángulo que no es más de 20 grado.
2. **Impedimento auditivo** pérdida bilateral de un 50% del oído que no ha sido corregida por un aparato audífono.
3. **Impedimento muscular o esquelético** como distrofia muscular, osteogenesis imperfecta, reumatismo severo o artritis de Grado Terapéutico III o peor, Clase Funcióna III o peor, o Grado Anatómico III o peor.
4. **Impedimento cardiovascular** que resulta en marcada limitación de actividades físicas. Actividad física que es menos que la ordinaria, causa fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginal. Actividad física ordinaria debería ser restringida notablemente.
5. **Impedimento respiratorio** severo en que se respira con dificultad, no en los momentos de descanso, pero cuando hace actividades diarias y ordinarias, como subir escaleras o cuando camina más de 200 pies. Cuando hay una enfermedad respiratoria que se puede poner tan severa que requiera hospital.
6. **Amputación, deformidad anatómica** (debida a déficit vascular o neurológico), pérdida traumática de masa o tendones, o evidencia por rayos X de anquilosis de fibras o huesos y desconyuntamiento, o inestabilidad de (a) ambas manos, (b) una mano y un pie, o (c) amputación de una extremidad baja en, o sobre la región tarsal.
7. **Parálisis**, falta de coordinación o déficit funcional en el movimiento de dos miembros, debido a daño del cerebro, la espina dorsal o nervios periféricos, incluyendo paraplegia, quadriplegia y hemiplegia.
8. **Desorden neurológico** debido a mal funcionamiento del cerebro o daño al sistema central de nervios, incluyendo autismo y parálisis cerebral que resulta en aberración de la funciones motores.
9. **Epilepsia** con pérdida de conciencia que ocurre más de una vez al mes, a pesar de tratamiento prescrito.
10. **Retardación mental** en la que el solicitante funciona en lo intelectual a un nivel mas bajo que el término medio y que tiene un impedimento en su conducta adaptiva.
11. **Disorden emocional** debido a la presencia de enfermedad mental, en la medida que el solicitante tiene un impedimento importante o síntomas que le impiden en su vida diaria, incluyendo esquizofrenia, depresión clínica, bi-polar y desórdenes de angustia.
12. **Cualquiera otra incapacidad que un profesional médico considere que limita la movilidad del solicitante.** Favor de añadir una explicación a esta solicitud.

### Las siguientes condiciones no califican al solicitante:

- embarazo
- obesidad
- alcoholismo agudo o crónico o adicción a drogas
- enfermedades contagiosas