

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.

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.			
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	

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.			
<p>Por la presente certifico que el solicitante califica bajo el o los Numeros de Criterio _____ (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
Devuelva esta solicitud al solicitante.			

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