



# SOLICITUD DE TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE TARIFA REDUCIDA

Para personas con discapacidad que utilizan el sistema de autobuses de ruta fija

## Instrucciones para completar y presentar esta solicitud:

### I. Como Aplicar:

1. Si usted ha recibido alguna de las siguientes tarjetas de identificación:
  - Tarjeta de identificación de Medicare (tarjeta blanca con rayas rojas y azules)
  - Copia de recibo de placa/Tarjeta de identificación de persona discapacitada del DMV
  - Tarjeta de identificación de Braille Institute
  - Tarjeta de identificación de otra agencia de tránsito que no sea OCTA

Complete la **SECCION I** (*Solicitud*), y la lista de verificación, siguiendo las instrucciones escritos en la lista de verificación para mandar la aplicación.

2. Si su elegibilidad es aprobada por el programa de Salud Conductual del Condado de Orange, marque número 6. El programa de Salud Conductual enviará su solicitud a OCTA a través de su Coordinador de Atención o Gerente de Caso. Favor de asegurarse de incluir la foto descrita en la sección de fotos.
  3. Si usted no califica para los números 1 o 2 mencionados anteriormente, complete la **SECCION I**, que incluye la sección del Comunicado de información médica. Entregue la solicitud a su profesional de atención médica para que la complete. Cualquiera de los profesionales especificados en la parte superior de la Pagina 3 en la Sección III de la solicitud podrá certificar su elegibilidad, según las indicaciones, para la Tarjeta de identificación de tarifa reducida de OCTA. Envíe por correo la aplicación completa a: *OCTA Reduced Fare Identification/ PO Box 14184 / Orange / California 92863-1584.*
  4. Si usted es estudiante en una escuela primaria, intermedia o secundaria y está actualmente inscrito en un Programa de Educación Especial de tiempo completo, debe completar la **SECCION I** y procurar que el Psicólogo Escolar o Coordinador de Educación Especial de su escuela complete la **SECCION II** (Certificación de discapacidad). Envíe la aplicación completa a: *OCTA Reduced Fare Identification/ PO Box 14184 / Orange / California 92863-1584.*
- II. Después de que su solicitud haya sido revisada y toda la información haya sido verificada, si su solicitud es aprobada, recibirá su tarjeta de identificación de tarifa reducida en el correo entre 2 a 4 semanas desde la fecha que lo recibimos. Hay una cuota no reembolsable de \$4 que se debe pagar en el momento que envía su solicitud. Por favor haga el cheque al nombre de OCTA.
- III. Si su solicitud es rechazada, recibirá una notificación con una declaración sobre la(s) razón(es) de la denegación. Podrá apelar la denegación con una apelación escrita a OCTA entre 14 días a la fecha de notificación. Su cuota de \$4 no es reembolsable y no será regresada.

Si usted tiene preguntas sobre esta solicitud, comuníquese al (714) 560-5596.

Lunes a Viernes 8:00 a.m. to 2:00 p.m.



# SOLICITUD DE TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE TARIFA REDUCIDA

Para personas con discapacidad que utilizan el sistema de autobuses de ruta fija

| PARA USO EXCLUSIVO DE OCTA |       |            |       |
|----------------------------|-------|------------|-------|
| ID#:                       | Code: | Exp Date.: | Init: |

## SECCIÓN I – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Imprima o escriba con tinta NEGRA. (No se aceptan firmas fotocopiadas.)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2° nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Nro. de apto.: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal (Zip): \_\_\_\_\_  
 Nro. de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

### Marque la categoría para la cual está solicitando la Tarjeta de identificación de tarifa reducida:

**NOTA:** Las categorías 1 a la 5 exigen que envíe una fotocopia de la tarjeta de identificación que demuestre su participación o elegibilidad en el programa marcado a continuación.

1.  Tarjeta de identificación de Medicare (*tarjeta blanca con rayas rojas y azules*).
2.  Copia de recibo de la placa/Tarjeta de identificación de persona discapacitada del Departamento de Vehículos Motorizados (*DMV*).
3.  Tarjeta de identificación de Braille Institute.
4.  Tarjeta de identificación de veterano discapacitado.
5.  Tarjeta de identificación de persona con discapacidad o minusvalía de otra agencia de tránsito(*que no sea OCTA*).
6.  Elegibilidad aprobada por el Programa de Salud Conductual del Condado de Orange. (*Si el solicitante marca esta categoría y el Condado no incluye al solicitante en la lista aprobada, la solicitud será devuelta al Condado.*)
7.  Discapacidad médica. Complete la Sección I, incluyendo el Comunicado de Información Médica. Entregue esta solicitud a su profesional de atención médica. Procure que el profesional complete la SECCIÓN II según los Criterios de Elegibilidad indicados en la Sección III.
8.  Inscripción de **TIEMPO COMPLETO** en un programa de Educación Especial para estudiantes con alguna discapacidad incluida en los Criterios de Elegibilidad e inscritos en una escuela primaria, intermedia o secundaria. (**La capacitación o tutoría de medio tiempo no califican.**)  
Especifique el nombre de la escuela y el nivel de grado en el que se encuentra inscrito:

**Escuela:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_  
 Número de horas por semana de educación especial: \_\_\_\_\_ Entregue esta solicitud al Psicólogo o Coordinador de Educación Especial de su escuela para que complete la SECCIÓN II.

Declaro, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California, que las respuestas que he dado son verdaderas.

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

La Autoridad de Transporte del Condado de Orange se reserva el derecho a realizar la determinación final de elegibilidad para tarjetas de identificación de tarifa reducida. La presente solicitud es sólo para uso interno y no estará sujeta a revisión pública. Se comprende que la emisión de la tarjeta de identificación de tarifa reducida es para fines de identificación en servicios de tránsito; no es transferible. En caso de que se deniegue la solicitud de una tarjeta de identificación de tarifa reducida, el solicitante podrá presentar una apelación escrita dentro de los 14 días posteriores a la fecha de la carta de denegación, solicitando la revisión y reconsideración de la solicitud.

**PO Box 14184 / Orange / California 92863-1584/ (714) 560-OCTA (6282)**

**COMUNICADO DE INFORMACIÓN MÉDICA / MEDICAL INFORMATION RELEASE**

- En relación con mi solicitud para recibir una Tarjeta de identificación de tarifa reducida ante la Autoridad de Transporte del Condado de Orange, por el presente autorizo al **Doctor \_\_\_\_\_** para que revele a dicha autoridad información médica u otra información relevante sobre mi discapacidad. La información revelada estará sujeta a la verificación de mi estado como paciente y a la designación de la categoría de mi discapacidad. La información revelada será utilizada sólo para determinar mi elegibilidad para la Tarjeta de identificación de tarifa reducida.
- Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.
- A menos que sea revocado previamente, el presente formulario permitirá que el profesional de atención médica que certifica mi discapacidad revele la información descrita hasta 60 días después de la fecha establecida a continuación.

- 
- In connection with my application for a Reduced Fare Identification Card with the Orange County Transportation Authority, I hereby authorize **Dr. Listed above** to release to the Orange County Transportation Authority, medical or other pertinent information regarding my disability. The information released will be confined to verification of my status as a patient and the designation of my disability category. The information released will be used solely to determine my eligibility for the Reduced Fare Identification Card.
  - I realize that I have the right to receive a copy of this authorization.
  - I understand that I may revoke this authorization at any time.
  - Unless earlier revoked, this form will permit the health care professional who is certifying my disability to release the information described until 60 days after the date appearing below.
  -

**Nombre del solicitante** (*en letra imprenta*): \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**SECTION II – CERTIFICATION OF DISABILITY**

This section must be completed by a California Licensed Health Care Professional.  
(Photocopied and stamp signatures are not accepted.)

To certify a disabled or handicapped person for the OCTA Reduced Fare Identification Card you must:

- Agree to certify as eligible only those individuals who meet the criteria included in this application.
- Agree, upon request, to provide verification of the information on this application.
- Possess the proper professional degree and be licensed in California.
- Agree to **not certify** a person whose disability is solely related to alcohol or substance abuse.

**CERTIFICATION:**

1. I hereby certify that the applicant's disability or handicap meets the criteria listed in Section III.

|          |  |
|----------|--|
| Required |  |
|----------|--|

*(Please choose a classification number from 1 thru 16 from Section III, Eligibility Criteria.)*

2. In my professional judgment this applicant's disability is expected to continue for:

|          |  |
|----------|--|
| Required |  |
|----------|--|

**(Note: Identification cards will not be issued for less than 3 months or more than 4 years.)**

Name (print name of person signing): \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Telephone Number: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FAX Number: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

California Professional License No: \_\_\_\_\_ Office Manager: \_\_\_\_\_

Executed this: \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_  
Day Month Year

I understand that failure to certify disabilities in accordance with the above guidelines will result in cancellation of my certification privileges. I hereby declare under penalty of perjury that the information provided is true and correct.

Health Care Professional (Signature): \_\_\_\_\_  
OR

Special Education Coordinator (Signature): \_\_\_\_\_

**SCHOOL PSYCHOLOGISTS OR SPECIAL EDUCATION COORDINATORS**

**Full-time Special Education Students:** Student applicant must have a medical disability listed under the Eligibility Criteria and be enrolled full-time in special education. *(Applicants receiving part-time training or tutoring do not qualify.)*

**Please do not submit applications for special education students who do not qualify under the medical disability category. Reduced Fare ID cards are not issued for socio-economic purposes.**

If application is being certified by School Psychologist or Special Education Coordinator, the following information must also be provided: *(Please PRINT in black ink.)*

**Name of School:** \_\_\_\_\_ **School Telephone:** (     ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**School Address:** \_\_\_\_\_ **City:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_

**SECTION III – ELIGIBILITY CRITERIA**

**– Attention Certifying Professionals –**

Your patient **must meet one** of the Eligibility Criteria listed on the following two pages.

Questions regarding eligibility should be directed to (714) 560-5596.

**THE FOLLOWING HEALTH CARE PROFESSIONALS MAY CERTIFY  
A PERSON’S DISABILITY OR HANDICAP**

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>M.D. &amp; D.O:</b><br>All Classifications           | <b>Optometrist:</b><br>Classification 11           | <b>Podiatrist:</b><br>Classifications 1, 2, 3, 4 & 5                                    | <b>Audiologist:</b><br>Classification 10 |
| <b>Chiropractors:</b><br>Classifications 1, 2, 3, 4 & 5 | <b>Clinical Psychologist:</b><br>Classification 14 | <b>School Psychologist or<br/>Special Education Coordinator:</b><br>All Classifications |  |

**1. NON-AMBULATORY**

Impairments that, regardless of cause, make the use of a wheelchair necessary.

**2. MOBILITY DISORDERS**

Impairments that require individuals to use a functional limb orthotics or longer leg brace, a walker or crutches to achieve mobility.

**3. AMPUTATION**

Individuals with amputation of, or anatomical deformity of, or traumatic loss of muscle mass or tendons, or X-ray evidence of bony or fibrous ankylosis at an unfavorable angle, joint subluxation or instability of:

- (a) Both hands;
- (b) One hand and one foot; or
- (c) Amputation of lower extremity at or above the tarsal region.

**4. FUNCTION MOTOR DEFICIT**

Individuals with paralysis, in coordination, or function motor deficit in any two limbs due to brain, spinal, or peripheral nerve injury, including paraplegia, quadriplegia, and hemiplegia.

**5. MUSCULO-SKELETAL**

Individuals with musculo-skeletal impairments and instability such as muscular dystrophy, multiple sclerosis, osteogenesis imperfecta, severe arthritis as specified below:

American College of Rheumatology criteria to be used for the determination of arthritic disability. Therapeutic Grade III or worse, Functional Class III or worse, and Anatomical Grade III or worse are evidence of arthritic disability.

A diagnosis of Grade III arthritis entails corroborative testing confirming that one or more of the following exists:

- (a) Positive serologic test for rheumatoid factor;
- (b) Antinuclear antibodies;
- (c) Elevated sedimentation rate; or
- (d) Characteristic histologic changes in biopsy of synovial membrane or subcutaneous nodule.

Certifying professional must provide information as to what test(s) were conducted to arrive at the diagnosis of Grade III arthritis.

## **6. CONVULSION DISORDER**

Individuals who have epilepsy, convulsions, or seizures involving impairment of consciousness which occurs more frequently than once a month despite prescribed treatment.

## **7. PULMONARY**

Individuals with a respiratory impairment, Class 3 or greater, as defined by The Journal of the American Medical Association Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, The Respiratory System, 11/22/76.

## **8. CARDIAC**

Individuals with cardiovascular impairments of functional class III or IV and therapeutic classification Classes C, D, or E as defined by Diseases of the Heart and Blood Vessels-Nomenclature and Criteria for Diagnosis, 6th edition, Boston, Little, Brown and Company by the New York Heart Association.

### Functional Classification:

Class III – Individuals with cardiac disease resulting in marked limitation of physical activity. Less than ordinary physical activity causes fatigue, palpitation, dyspnea or original pain.

Class IV – Individuals with cardiac disease resulting in inability to carry out any physical activity without discomfort. Symptoms of cardiac insufficiency or of the original syndrome may be present even at rest. If any physical activity is undertaken, discomfort is increased.

### Therapeutic Classification:

Class C – Individuals with cardiac disease whose ordinary physical activity should be moderately restricted, and whose more strenuous efforts must be discontinued.

Class D – Individuals with cardiac disease whose ordinary physical activity is markedly restricted.

Class E – Individuals with cardiac disease who should be at complete rest in a bed or chair.

## **9. DIALYSIS**

Individuals who must use a kidney dialysis machine to live.

## **10. HEARING DISABILITIES**

Deafness or hearing loss that makes an individual unable to hear warning signals. Persons whose hearing loss is 70 dba or greater in the 500, 1,000 and 2,000 Hz. ranges.

## **11. SIGHT DISABILITIES**

Individuals whose visual acuity in the better eye, after best correction, is 20/200 or less; or those individuals whose visual field is contracted to 10 degrees or less from a point of fixation or subtends to an angle no greater than 20 degrees.

## **12. INFANTILE AUTISM**

Individuals with a syndrome described as consisting of withdrawal, inadequate social relationships, language disturbance and monotonously repetitive motor behavior. Many children with autism may also be seriously impaired in general intellectual functioning.

## **13. MENTAL RETARDATION**

Individuals with mental retardation resulting from an impairment in adaptive behavior, with an IQ two standard deviations or more below the norm, or 72.

## **14. MENTAL DISORDERS**

Individuals with a mental or emotional impairment listed in the Diagnostic and Statistical Manual IV of the American Psychiatric Association. The disability must have a minimum duration of three months.

## **15. NEUROLOGICAL IMPAIRMENTS**

Individuals with a neurological disorder due to brain dysfunction or damage to the central nervous system, including cerebral palsy, resulting in aberration of motor functions; or due to brain dysfunction or damage which impairs cognitive functioning.

## **16. CHRONIC PROGRESSIVE DEBILITATING DISORDERS**

Individuals who experience chronic and progressive debilitating diseases that are characterized by constituting symptoms such as fatigue, weakness, weight loss, pain and changes in mental status that, taken together, interfere in the activities of daily living and significantly impair mobility. Following are examples of such disorders:

- (a) Progressive and uncontrollable malignancies (i.e., terminal malignancies being treated with aggressive radiation or chemotherapy);
- (b) Advanced connective tissue diseases (i.e., advanced stage of disseminated lupus erythematosus, scleroderma, or polyarteritis nodosa); and
- (c) Symptomatic HIV infection (i.e., AIDS or ARC in CDC-defined Clinical Group IV, Subgroups A-E).