

**SOLICITUD DE TARJETA
DE DESCUENTO**



¿QUIÉN ES ELEGIBLE? Puede recibir una tarjeta de descuento del Área de Sistema de Tránsito de Fayetteville (FAST) el pasajero que, por razones de enfermedad, edad, lesiones o disfunción congénita no puede utilizar los medios y servicios de transporte masivo de la misma manera que lo hace una persona que no se encuentra en estas condiciones. Los pasajeros con derecho a recibir la tarjeta de descuento son los que necesitan medios especiales (como rampas, ascensores o anclajes para sillas de ruedas), servicios (anuncios sonoros en paradas de autobús), o una planificación determinada (como un acompañante, señales acústicas para cruces peatonales o cortes con rampas en los cordones para acceder a las paradas de autobús).

¿QUIÉN NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS? No tienen derecho a la tarjeta de descuento FAST los pasajeros con discapacidades a quienes no se les dificulte considerablemente el uso del transporte público, en comparación con los pasajeros sin discapacidades. Algunos ejemplos de las discapacidades incluidas en esta categoría son: enfermedades contagiosas, embarazo, obesidad, adicción al alcohol o a las drogas. Tampoco tienen derecho a esta tarjeta aquellos pasajeros cuyas discapacidades puedan corregirse con medicación, uso de anteojos o audífonos.

Para solicitar su tarjeta, presente este formulario completo en el Centro de Traslado FAST, ubicado en 505 Franklin Street, o en las Oficinas Administrativas FAST, ubicadas en 455 Grove Street, con dos formas de identificación, una de ellas con una fotografía. **La tramitación completa de estas solicitudes puede tardar hasta 90 días.**

Nombre del solicitante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo al prestador de cuidados médicos que completa esta solicitud a divulgar la información de salud protegida sobre mi discapacidad al Departamento de Tránsito de la Ciudad de Fayetteville, a fin de que se verifique mi derecho a los descuentos en las tarifas de autobús. Mi autorización caduca a los 90 días desde la fecha de la firma que aparece abajo. Entiendo que otorgo esta autorización en forma voluntaria y que puede ser revocada en cualquier momento por medio de una notificación por escrito al proveedor de cuidados médicos aquí identificado. Asimismo entiendo que, de acuerdo a esta autorización, la información que divulgo puede no estar más sujeta a la protección de privacidad y que mi seguro de salud y la forma de pago de mi seguro de salud no serán afectados en caso de que yo no acceda a firmar esta solicitud. Puedo revisar o sacar una copia de la información de salud protegida que se describe en esta autorización.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____
(Si el solicitante es menor de 18 años, deberán firmar los padres o el tutor)

TO BE COMPLETED BY A LICENSED OR CERTIFIED HEALTH CARE PROFESSIONAL:

What special facilities does this applicant require to use the bus?

bus lift or ramp curb-height entrance step audio announcements visual interior signage

Is an aide needed to assist the applicant when using public transit?

Is this disability permanent, long term (has potential for improvement) or temporary (circle one)?

If temporary, what is the expected duration of the disability? 3 months; 6 months; one year

Please review the Guidelines on the back of this form and list those that apply in the space at the end. Also, please provide specific diagnosis or ICD codes. **Your signature and the applicant's diagnosis are required on the back of this form.**

**GUIDELINES FOR HEALTH CARE
PROFESSIONALS**



1. **NON-AMBULATORY:** An individual is unable to walk and requires the use of a wheelchair or other mobility device.
2. **SEMI-AMBULATORY:** An individual is unable to walk without the use of a caliper leg brace, walker or crutches.
3. **UNREMITTING MUSCULOSKELETAL CONDITIONS:** An individual experiences substantial difficulty walking and/or functional limitation of movement.
4. **AMPUTATION:** An individual has an amputation of hands, one arm, one hand and/or one foot, or one or both legs.
5. **STROKE:** An individual has substantial functional motor deficits in any of two extremities, loss of balance and/or cognitive impairments three months post stroke.
6. **PULMONARY OR CARDIAC CONDITIONS:** An individual has a pulmonary or cardiac condition resulting in marked limitation of physical functioning and dyspnea during such activities as climbing steps and/or walking a short distance (200 feet without stopping to rest).
7. **BLIND OR LOW VISION:** An individual whose visual acuity in the better eye, with correction, is 10/200 or less, or who has tunnel vision to 10 degrees or less from a point of fixation so the widest diameter subtends an angle no greater than 20 degrees.
8. **DEAF OR HARD OF HEARING:** (Requires audiologist or otolaryngologist certification) An individual whose hearing loss is 7 dba or greater in the 500, 1000, 2000 KHz ranges in both ears, regardless of the use of hearing aids.
9. **NEUROLOGICAL CONDITIONS OR AUTISM:** An individual has difficulty with coordination, communication, social interaction and/or perception from a brain, spinal or peripheral nerve injury or illness, has functional motor deficits, or suffers manifestations that significantly reduce mobility.
10. **INTRACTABLE EPILEPSY:** In individual has had at least one tonic-clonic seizure within the past six months, despite taking prescribed medication.
11. **DEVELOPMENTAL OR LEARNING DISABILITIES:** An individual has a significant learning, perceptual and/or cognitive disability with a specific diagnosis. Some conditions are excluded from eligibility such as attention deficit disorder (ADD) and dyslexia.
12. **MENTAL ILLNESS:** An individual whose mental illness is chronic, long-term and includes a substantial disorder of thought, perception, orientation, or memory that impairs judgment and behavior. A specific diagnosis is required.
13. **CHRONIC PROGRESSIVE DEBILITATING CONDITIONS:** An individual who experiences debilitating diseases, autoimmune deficiencies, or progressive and uncontrollable malignancies, any of which are characterized by fatigue, weakness, pain and/or changes in mental status that impair mobility.

Name and address of Health Care Professional:

Physician's Speciality: _____

Guideline Numbers(s): _____

Diagnosis or ICD Code(s): _____

Signature of Health Care Professional: _____ Date: _____

FAST Use Only: Card #	ID Presented:	Exp. Date:
------------------------------	---------------	------------