



Solicitud para obtener Certificado de Descuento para Discapacitados que viajan en Transporte de Ruta Fija

Parte 1

Por favor escriba en mayúsculas o a máquina: Fecha: _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Teléfono: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Parte 2

Definición de Discapacitados que viajan en Transporte de Ruta Fija: una persona se considera discapacitada si tiene alguna enfermedad, herida, disfunción congénita u otra incapacidad o discapacidad permanente o temporaria. Esta persona no podrá utilizar los servicios ni los vehículos de Waco Transit sin que estén especialmente preparados, planeados o diseñados para tales personas.

Los autobuses de Waco Transit están equipados en las puertas de entrada y salida con barandas, estaciones de piso a techo dentro del vehículo y manijas en la parte trasera de cada asiento. La distancia del primer escalón al piso es de 14". Los dos escalones para subir al vehículo desde el piso no superan los 10" de alto.

Parte 3

TIPO DE DISCAPACIDAD: (Marque el o los casilleros que correspondan)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Paraplejía | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> Paro |
| <input type="checkbox"/> Artritis de la Cadera o las Piernas | <input type="checkbox"/> Cuadriplejía | <input type="checkbox"/> Ceguera Legal |
| <input type="checkbox"/> Artritis (otro tipo) | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual |
| <input type="checkbox"/> Otro (Especificar): _____ | | |

Tipo de problema de movilidad: (Marque el o los casilleros que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Debe usar Silla de Ruedas | <input type="checkbox"/> No puede pararse o caminar sin equipamiento, aparatos o ayuda especial |
| <input type="checkbox"/> Debe usar Andador | <input type="checkbox"/> No puede leer carteles sin equipamiento, aparatos o ayuda especial |
| <input type="checkbox"/> No puede subir dos escalones | <input type="checkbox"/> No puede subir a un autobús sin equipamiento, aparatos o ayuda especial |
| <input type="checkbox"/> Ceguera Legal | <input type="checkbox"/> Debe usar bastón, aparatos ortopédicos o muletas |
| <input type="checkbox"/> Otro(Especificar) _____ | |

Parte 4

CERTIFICACIÓN: (Debe ser completado por un Médico u otro Organismo Aprobado para Certificar)

Certifico que la persona que solicita _____ es discapacitada, _____ pero no como se indica en la Parte 2 de esta Solicitud.

Según mi opinión profesional, esta persona es: _____ CAPACITADA, _____ CAPACITADA CON GRANDES DIFICULTADES, _____ DISCAPACITADA para usar los autobuses de Waco Transit por su condición.

EXAMINADOR _____ TÍTULO _____

AGENCIA U ORGANISMO _____

SOLO PARA SER COMPLETADO POR LA OFICINA:

_____ Aprobado _____ Rechazado _____ Fecha _____ Firma del Empleado _____