

# Solicitud de tarjeta de TAP para personas con discapacidad (nueva y renovación)



## Solicitud de tarjeta TAP para personas con discapacidad

Complete esta solicitud para recibir o renovar su tarjeta TAP de tarifa reducida.

### Presentación de la solicitud

Una solicitud completa y lista para ser enviada contiene lo siguiente:

- Una foto reciente de rostro completo con medidas de 2" x 2" o 1" x 1¼" (sin sombrero ni lentes oscuros) en papel fotográfico junto al cuadro de la SECCIÓN 1.
  - Un formulario de solicitud completo: SECCIONES 1, 2, 3 para todos los solicitantes y SECCIONES 5 y 6 para solicitantes con discapacidad médica que califiquen.
  - Copia de identificación oficial con fotografía y documentos que acrediten elegibilidad en la SECCIÓN 3.
- Puede enviar su paquete de solicitud completo de una de dos maneras.

1. En persona en cualquiera de los Centros de atención al cliente de Metro enlistados a continuación: 2. Enviar por correo a:

<b>Baldwin Hills/Crenshaw</b> 3650 W Martin Luther King Bl Ste 189 Los Angeles, CA <i>De martes a sábado, de 10am a 6pm</i>	<b>Union Station East</b> One Gateway Plaza Los Angeles, CA <i>De lunes a viernes, de 6am a 6:30pm</i>	<b>Rosa Parks Customer Center Willowbrook/ Rosa Parks Station</b> 11720 Wilmington Av Los Angeles, CA <i>De lunes a viernes, de 6am a 6:30pm</i>	<b>TAP Reduced Fare Office</b> One Gateway Plaza Mail Stop 99-PL-4 Los Angeles, CA 90012-2952
<b>Wilshire/Vermont</b> 3183 Wilshire Bl Ste 174 Los Angeles, CA <i>De lunes a viernes, de 10am a 6pm</i>	<b>East Los Angeles</b> 4501 B Whittier Bl Los Angeles, CA <i>De martes a sábado, de 10am a 6pm</i>		

Las tarjetas TAP para personas con discapacidad se enviarán por correo a los solicitantes elegibles dentro de los 20 días hábiles posteriores a la finalización de la verificación. Tome en cuenta que las solicitudes enviadas por correo pueden tardar más en procesarse. Las solicitudes son solo para uso interno y no estarán sujetas a revisión pública. La tarjeta TAP para personas con discapacidad es intransferible.

### Sistemas de transporte que participan en TAP

- Llame a TAP al 866.827.8646
- Visite [taptogo.net/TAPagencies](https://taptogo.net/TAPagencies)

### Servicio al cliente TAP

- Llame a TAP al 866.827.8646
- Centro de atención al cliente de Metro

### Para obtener información sobre los servicios de acceso

- Visite [accessla.org](https://accessla.org) o llame al 800.827.0829 (800.827.1359, TDD).
- Visite el sitio de la Administración del Seguro Social [ssa.gov](https://ssa.gov).

### Para encontrar servicios de transporte para adultos mayores y personas con discapacidad locales

- Visite <https://dpw.lacounty.gov/transit/DAR.aspx>

### Información adicional sobre tarifas reducidas

- Para Metro, escriba al correo electrónico [reducedfare@metro.net](mailto:reducedfare@metro.net).
- Para su sistema de tránsito local, comuníquese directamente para obtener información sobre su programa de tarifas reducidas.
- Para pasajeros de bajos ingresos que califiquen, infórmese sobre los subsidios de tarifa del Low Income Fare is Easy, LIFE en TAP. Visite [metro.net/life](https://metro.net/life).
- Para obtener más información sobre la aplicación TAP, visite [taptogo.net](https://taptogo.net).

### Tarjetas TAP perdidas, robadas o destruidas

- Llame a TAP al 866.827.8646
- Se aplica una tarifa de reembolso no reembolsable de \$5.

# Solicitud de tarjeta TAP para personas con discapacidad (marque una)



Nueva

Renovación



Si la tiene, ingrese los últimos ocho dígitos de su tarjeta existente

Complete para renovar o solicitar una nueva tarjeta TAP para personas con discapacidad.

### Instrucciones para la solicitud

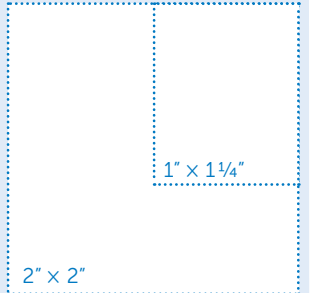
- Todos los solicitantes deben completar las SECCIONES 1, 2 y 3.
- Si un solicitante tiene una discapacidad médica que califica (consulte la SECCIÓN 4), también debe completar la SECCIÓN 5 y debe solicitar a un médico u otro profesional certificado que complete y firme los campos requeridos en la SECCIÓN 6.
- Incluya una copia de la identificación oficial con fotografía.
- Incluya documentos que prueben la elegibilidad de la SECCIÓN 3.
- Incluya la certificación médica completa en la SECCIÓN 6.
- Envíe la solicitud completa en persona o por correo (vea la última página).

### SECCIÓN 1: ESPECIFICACIONES DE LA FOTO

- No se seguirá el procedimiento para ninguna solicitud con fotografía que no siga los lineamientos enlistados a continuación.

### PEGUE LA FOTO DENTRO DEL RECUADRO

- Use solamente una fotografía actual de rostro completo
- No use sombreros ni lentes oscuros
- El tamaño de la foto debe ser de 2" x 2" o 1" x 1¼"
- La fotografía debe cortarse a la medida y caber en el espacio provisto a la derecha
- La fotografía debe estar bien enfocada y a color



### SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido	Nombre	Segundo nombre o inicial
Dirección	N.º de depto. (si corresponde)	Ciudad, estado, código postal
Correo electrónico (si corresponde)	Fecha de nacimiento	Número de teléfono

Declaro bajo pena de perjurio bajo el estado de California que la información que he dado es verdadera y correcta. Declaro bajo pena de perjurio bajo el estado de California que la información que he dado es verdadera y correcta.

Entiendo que puedo perder los privilegios de uso de mi tarjeta de TAP de tarifa reducida si hago mal uso de ella o si marco, etiqueto o daño la propiedad de la agencia de tránsito. Entiendo que mi tarjeta TAP no es transferible.

Firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------

### SECCIÓN 3: CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD Y ALTA MÉDICA

Los solicitantes son elegibles para la tarjeta TAP para personas con discapacidad si uno de los siguientes criterios enlistados a continuación se aplica al solicitante. Nota: Los solicitantes que califiquen en una de las primeras cinco categorías deben presentar fotocopias del documento que acredite la elegibilidad y una identificación oficial con fotografía.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tengo una tarjeta de identificación de Medicare (no se acepta la tarjeta de Medi Cal).   | <input type="checkbox"/> Recibo ingresos por seguro suplementario [Supplemental Security Income, SSI] o seguro por discapacidad del seguro social [Social Security Disabled Insurance, SSDI] (copia de la carta de verificación de beneficios actual o carta de concesión o cheque de beneficios). |
| <input type="checkbox"/> Tengo un recibo válido de Placard del Departamento de Vehículos Motorizados (Department of Motor Vehicle, DMV) de California (debe tener la fecha actual de "válido hasta" para ser aceptado). | <input type="checkbox"/> Soy un estudiante de educación especial en un programa del condado de Los Angeles (la certificación debe ser actual, con el membrete de la escuela y firmada por el maestro de educación especial).   |
| <input type="checkbox"/> Tengo una carta de resumen de beneficios de identificación de veterano discapacitado o de asuntos de los veteranos (Veteran Affairs, VA) (relacionada con el servicio).                        |  |

### -----SI CUMPLE LOS REQUISITOS ANTERIORES, PUEDE DETENERSE AQUÍ-----

- Tengo una discapacidad médica que califica de acuerdo con el Seguro Social por Discapacidad. (Se requiere completar la SECCIÓN 5 y 6)

### -----CONTINÚE EN LAS SECCIONES 5 Y 6.-----

Profesionales de la salud calificados que pueden certificar las discapacidades enlistadas en la SECCIÓN 4:

**M.D. Y D.O. O PROFESIONAL: TODAS LAS DISCAPACIDADES, TODAS LAS CATEGORÍAS**  
**QUIROPRÁCTICOS: DISCAPACIDADES DE MOVILIDAD SOLO A, B, C**  
**OPTOMETRISTA: DISCAPACIDADES VISUALES SOLO K, L**

**AUDIÓLOGO: DISCAPACIDADES AUDITIVAS SOLO O, P**  
**PODÓLOGO: DISCAPACIDADES DE MOVILIDAD SOLO A, B, C, D**  
**PSICÓLOGOS CLÍNICOS: DISCAPACIDADES MENTALES SOLO M, N**

Para certificar a una persona para la tarjeta TAP para personas con discapacidad debe:

- Aceptar certificar únicamente como elegibles a aquellas personas que cumplan con los criterios de la SECCIÓN 4.
- Al momento de hacer la solicitud, proporcionar verificación de la información contenida en esta solicitud a la agencia calificadora.
- Poseer el título profesional adecuado y tener licencia en California.

**SECCIÓN 4: CRITERIOS DE DISCAPACIDAD MÉDICA**

**DISCAPACIDADES DE MOVILIDAD**

- A** No ambulatorio: requiere el uso de una silla de ruedas.
- B** Movilidad asistida: requiere el uso de una órtesis de tobillo y pie (ankle-foot orthosis, AFO) o un aparato ortopédico para piernas más grande, una andadera o muletas para lograr la movilidad.
- C** Artritis: grado terapéutico III o peor, clase funcional III o peor, o grado anatómico III o peor.
- D** Amputación o deformidad: pérdida traumática de masa muscular o tendones; evidencia radiográfica de anquilosis ósea o fibrosa; subluxación articular o inestabilidad de ambas manos o una mano y un pie o amputación en o por encima de la región del tarso.
- E** Derrame cerebral: causa parálisis pseudobulbar, déficit motor funcional sostenido de los movimientos gruesos, de destreza o de la marcha, o ataxia que afecte a dos o más extremidades.

**DISCAPACIDADES FÍSICAS**

- F** Respiratorio: clase III o mayor.
- G** Cardíaco: discapacidades vasculares de clase funcional III o IV y clase terapéutica C, D o E.
- H** Diálisis: personas que requieren diálisis renal para vivir.
- I** Discapacidades neurológicas: según lo contenido en la Evaluación de discapacidad según la publicación del Seguro Social.
- J** Trastornos crónicos debilitantes progresivos: enfermedades que se caracterizan por síntomas crónicos como fatiga, debilidad, pérdida de peso, dolor y cambios en el estado mental, que interfieren en las actividades de la vida diaria y afectan significativamente la movilidad.
- K** Tumores malignos progresivos e incontrolables
- L** Enfermedad avanzada del tejido conectivo, como lupus eritematoso, esclerodermia o poliartritis nodosa
- M** VIH sintomático: (SIDA o complejo relacionado con el SIDA, [AIDS Related Complex, ARC]) en el grupo clínico IV definido por los Centros de Control de Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC), subgrupos A.

**DISCAPACIDADES VISUALES**

- K** Legalmente invidente.
- L** Agudeza visual: no mejor que 20/200 después de la corrección en el mejor ojo, o el campo visual se contrae a 10 grados o menos desde el punto de fijación o subtiende a un ángulo no mayor a 20 grados.

**DISCAPACIDADES MENTALES**

- M** Mental/Emocional: persona con una discapacidad mental o emocional enlistada en el Manual diagnóstico y estadístico V de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, cuya gravedad cumple o excede los estándares descritos en la Evaluación de discapacidad según la publicación del Seguro Social. La discapacidad debe haber estado presente durante al menos tres meses y se espera que continúe durante al menos tres meses después de la fecha de solicitud.
- N** Autismo: síndrome que consiste en retraimiento, relaciones sociales inadecuadas, alteración del lenguaje y conducta motora monótonamente repetitiva.

**DISCAPACIDADES AUDITIVAS**

- O** Sordera total.
- P** Personas cuya pérdida auditiva es de 70 decibeles A (dba) o más en los rangos de 1,000 y 2,000 hertz.

**SECCIÓN 5: CONSENTIMIENTO DE ALTA MÉDICA (OBLIGATORIO SOLO PARA CRITERIOS DE DISCAPACIDAD MÉDICA)**

En relación con mi solicitud para una tarjeta TAP para personas con discapacidad, por la presente autorizo al/a la Dr(a)/ Profesional \_\_\_\_\_ a divulgar a la agencia correspondiente información médica u otra información pertinente con respecto a mi discapacidad. La información divulgada solo se utilizará para verificar mi estado de paciente y la designación de mi categoría de discapacidad.

Soy consciente de que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. A menos que sea revocado, este formulario permitirá que el profesional de la salud que certifique mi discapacidad divulgue la información pertinente hasta 60 días después de la fecha que aparece a continuación.

Nombre del solicitante (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 6: CERTIFICACIÓN PROFESIONAL MÉDICA (REQUERIDA SOLO PARA USO DEL MÉDICO O PROFESIONAL)**

Nombre completo del médico o profesional \_\_\_\_\_ N.º de licencia \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Suite \_\_\_\_\_  
 Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de fax \_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_ Fecha del examen (dentro del último año) \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que los criterios de discapacidad médica del solicitante definidos en la SECCIÓN 4 son (Marque con un círculo todas las letras que correspondan).

**A B C D E F G H I J K L M N O P**

En el espacio proporcionado a continuación, el médico debe indicar en detalle la discapacidad del solicitante. (Obligatorio).

A mi juicio profesional, se espera que la discapacidad del solicitante continúe durante: (Marque solo uno).

- 3 meses  6 meses  9 meses
- 1 año  2 años  3 años  4 años  Discapacitado permanentemente

(Nota: las tarjetas TAP no se emitirán por menos de tres meses ni por más de 10 años).

ENTIENDO QUE, SI NO CERTIFICO LAS DISCAPACIDADES DEL SOLICITANTE DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES ANTERIORES, SE CANCELARÁN MIS PRIVILEGIOS DE CERTIFICACIÓN. ESTOY LEGALMENTE AUTORIZADO COMO \_\_\_\_\_ EN EL ESTADO DE CALIFORNIA Y, BAJO PENA DE PERJURIO, DECLARO indique el título de la profesión calificada POR LA PRESENTE QUE LA INFORMACIÓN FACILITADA ES VERDADERA Y CORRECTA.

