

Se um profissional de saúde acredita que um indivíduo, por motivo de doença, lesão, idade, doença mental, deficiência cognitiva ou outra incapacidade ou deficiência permanente ou temporária, incluindo aquelas que não podem andar, utilizam um acessório para se locomover e aqueles com capacidade parcial de caminhar, **não podem utilizar transporte público e serviços que não disponham de instalações ou planejamento especiais tão efetivamente quanto pessoas que não sejam portadoras de tais condições (Título 49 do Código de Leis Federais [CFR 609.3] — Definições)**, qualifica-se para o status de tarifa reduzida, documente-o na Seção 2. Esta deficiência ou incapacidade deve resultar numa capacidade reduzida de execução das ações necessárias à utilização de serviços regulares de rota fixa sem receber treinamento ou assistência especiais.

Seção 2: A ser preenchido pelo profissional de saúde/agência no prazo de 30 dias a partir da data de requisição

Para se qualificar para a tarifa reduzida do sistema de tarifa automatizadas do DiriGo TouchPass, o seu cliente/paciente listado nesta requisição deve ter uma condição física ou mental/cognitiva que se enquadra nos critérios de elegibilidade médica que limita substancialmente uma atividade vital importante, como cuidar de si mesmo, caminhar, ver, ouvir, falar, respirar, aprender e/ou trabalhar, e que ainda cumpre as normas legais para a elegibilidade de tarifa reduzida listadas na página 1 desta requisição.

Esta deficiência é permanente? Sim Não **Se não, quanto tempo você espera que dure?** _____

(Nota: Se a deficiência for temporária, deve estar presente por 90 dias para ser elegível para a tarifa reduzida.)

Certifico que: _____ cumpre os critérios relativos à tarifa reduzida indicados acima, e a **deficiência qualificável é:** _____

Nome em letra de forma do provedor de saúde/representante da agência: _____

Assinatura do provedor de saúde/representante da agência: _____

Nome do escritório ou da agência prestadora: _____

(O carimbo de um provedor pode ser usado nessa área, ou a certificação do provedor em papel timbrado anexada.)

Endereço do escritório: _____

Telefone do escritório: _____ **Fax:** _____ **E-mail:** _____

Se houver alguma dúvida sobre a conclusão deste formulário, ligue para 1-833-272-7270. Os formulários preenchidos podem ser enviados por fax, por correio ou entregues à sua agência de trânsito local: Metro (114 Valley St., Portland, 04102, or 21 Elm St. Pulse), BSOOB Transit (Customer Service, Saco Transportation Center, 138 Main St., Saco, 04072), South Portland Bus Service (South Portland City Hall, 25 Cottage Rd., South Portland, 04106).

This section to be completed by transit staff

Approved by: _____ Data: _____

Fare choice: ___ DiriGo TouchPass Card ___ with photo/ ___ without photo or ___ Mobile app

(A photo can only be printed at a Greater Portland Metro location)

RF ID # _____ 16-digit TouchPass # _____ Photo # _____ Exp. Data: _____

Type of supporting documentation: (ID, RWB Card, benefit letter, medical) _____

Photocopy of supporting documentation made: _____ Username: _____

State ID, type, number _____