



**Carte de tarif réduit  
Aperçu et demande**

**Aperçu des conditions d'admissibilité au tarif réduit**

METRO propose un tarif réduit inférieur ou égal à la moitié du tarif de pointe à l'intention des personnes âgées (65 ans et plus), des titulaires d'une carte Medicare et des personnes handicapées.

Le handicap donnant droit au tarif réduit doit entraîner une capacité limitée à effectuer les actions nécessaires dans le cadre de l'utilisation des services réguliers à itinéraire fixe de METRO sans nécessiter de formation spéciale ni d'aide.

**Personnes ayant droit à un TARIF RÉDUIT et justificatifs d'identité acceptables**

Pour avoir droit à un tarif réduit sur les lignes de bus locales METRO, les passagers doivent être prêts à présenter un justificatif d'identité lorsqu'ils montent dans le bus. Les personnes âgées (65 ans et +) ou les titulaires d'une carte Medicare ne sont pas tenus de se procurer une carte de tarif réduit METRO s'ils possèdent un justificatif approuvé.

Les justificatifs d'identité acceptables sont indiqués ci-après pour chaque catégorie :

<b>Personnes ayant droit à un tarif réduit</b>	<b>Justificatifs d'identité acceptables</b>
Bénéficiaire du régime Medicare	Carte de tarif réduit METRO OU carte Medicare ou carte d'identité
Personne âgée (65 ans et +)	Carte de tarif réduit METRO ou permis de conduire ou carte d'identité de l'État du Maine ou carte Medicare
Personne handicapée	Carte de tarif réduit METRO OU carte Medicare

**Titulaires d'une carte Medicare et personnes âgées**

Les titulaires d'une carte Medicare et les personnes âgées (65 ans et +) n'ont pas besoin d'une carte de tarif réduit METRO pour bénéficier d'un tarif réduit. Pour avoir droit à un tarif réduit, montrez au chauffeur de bus un justificatif d'identité acceptable (comme indiqué ci-dessus).

Les personnes âgées doivent prouver leur âge et leur identité pour obtenir une carte d'identité. Les personnes ayant droit à Medicare doivent se munir de leur carte Medicare et d'une pièce d'identité avec photo. Cependant, les personnes âgées (65 ans et +) et les titulaires d'une carte Medicare peuvent recevoir une carte de tarif réduit METRO où figure leur photo, ce qui élimine le besoin de présenter d'autres justificatifs d'identité pour avoir droit à un tarif réduit. Veuillez consulter les directives de demande d'une telle carte à la page suivante.

**DEMANDE ET DIRECTIVES POUR L'OBTENTION D'UNE CARTE METRO À TARIF RÉDUIT**

- **Personnes âgées (65 ans et +) avec justificatif de l'âge (par exemple, carte d'identité**

## FRENCH

### de l'État du Maine, permis de conduire)

– Pour obtenir une carte METRO à tarif réduit, remplissez la **SECTION 1** et la **SECTION 2** de la demande.

- **Titulaires d'une carte Medicare (présenter cette carte au bureau METRO)**

– Pour obtenir une carte METRO à tarif réduit, remplissez la **SECTION 1** et la **SECTION 2** de la demande.

- **Les demandeurs ayant droit à :**

des prestations d'invalidité versées par la sécurité sociale (SSDI) ; des prestations supplémentaires de secours (SSI) ou des prestations d'invalidité versées par le ministère des anciens combattants (VA) et en mesure de fournir une copie de la lettre de qualification la plus récente transmises par l'un de ces organismes :

– Pour obtenir une carte METRO à tarif réduit, remplissez la **SECTION 1** et la **SECTION 2** de la demande.

- **Personnes handicapées**

Un professionnel de la santé qualifié et/ou un organisme habilité doit remplir les **SECTIONS 3, 4 et 5.** (Voir la version anglaise du formulaire –traduction disponible sur demande.)

- Avant de soumettre la demande, transmettez ce document à votre prestataire des soins de santé ; il doit remplir ces sections, signer et vous renvoyer le formulaire accompagné d'une documentation à l'appui.

**IMPORTANT : la demande DOIT être accompagnée d'une documentation à l'appui.**

Le professionnel habilité signant cette demande **DOIT** fournir **UNE** forme de documentation suivante afin de justifier le diagnostic indiqué dans la demande :

- Une ordonnance signée ou un certificat médical dûment signé correspondant au diagnostic indiqué dans la demande.
- Une description du diagnostic présentée sur une feuille à entête de l'organisme ou du prestataire de santé correspondant au diagnostic indiqué dans la demande.
- Ces documents doivent être datés de moins de 30 jours.

**Envoyer les demandes ainsi que la documentation à l'appui par courrier postal, courriel, fax ou les déposer en main propre.**

- **Envoyer la demande dûment remplie ainsi que la documentation à l'appui par courrier postal à l'adresse suivante :**

Greater Portland Transit District (METRO), 114 Valley Street, Portland, ME 04102

- **Scanner et envoyer la demande dûment remplie à l'adresse courriel suivante : [info@gpmetrobus.com](mailto:info@gpmetrobus.com)**

- **Envoyer la demande dûment remplie par fax au numéro suivant : 207-774-6241**

- **Déposer la demande dûment remplie ainsi que la documentation à l'appui par courrier postal à l'adresse suivante :**

METRO Office (114 Valley Street, Portland) ou METRO Pulse à 21 Elm Street.

Le personnel de METRO examinera la demande et les documents à l'appui et déterminera votre éligibilité dans les dix jours ouvrables faisant suite à la réception de votre demande.

# FRENCH

Les demandeurs dont la demande a été approuvée seront notifiés par courriel, téléphone ou lettre (veuillez indiquer votre préférence sur la demande) afin de fixer un rendez-vous et prendre une **photo pour leur carte d'identité** (si une telle photo ne figure pas déjà dans nos dossiers). **Les demandeurs dont la demande a été approuvée recevront la carte METRO à tarif réduit dans un délai de 7 à 10 jours ouvrables.**

Demande de tarif réduit

Date d'aujourd'hui \_\_\_\_\_

## Section 1 – Informations personnelles

(En caractères d'imprimerie)

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiale du second prénom \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone (en journée) \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Adresse courriel \_\_\_\_\_

**Méthode préférée de notification :**  Adresse postale  Téléphone  Courriel

**Cochez la case appropriée :**  Personne âgée (65 ans et + avec justificatif de l'âge)

Titulaire d'une carte Medicare  Personne handicapée/Pas de carte Medicare

**Demande :**  d'une nouvelle carte  de remplacement d'une carte périmée (gratuit)  de remplacement d'une carte perdue (5 \$)

### En cas de perte de votre carte METRO à tarif réduit :

Visitez les bureaux de METRO situés au 114 Valley Street et acquittez-vous des frais de remplacement de 5 \$ (si nécessaire /le cas échéant) ou bien contactez le bureau par courrier postal ou courriel pour demander une carte de remplacement et payer les frais de remplacement.

## Section 2 – Conditions générales (à signer par le demandeur)

- Je comprends que la communication d'informations erronées ou trompeuses pourra mettre fin à mon éligibilité au programme de tarif réduit.
- Je comprends que ma carte METRO à tarif réduit ne peut pas être transférée à une autre personne et que METRO se réserve le droit de déterminer les conditions de délivrance des cartes conformément aux conditions générales énumérées sur la feuille d'instruction de la demande.
- Je comprends que ma carte METRO à tarif réduit est valide jusqu'à la date imprimée sur cette carte.
- Je comprends que je dois présenter cette carte sur demande du chauffeur de bus afin de justifier de mon éligibilité à un tarif réduit.
- Je comprends que les informations figurant sur cette demande seront tenues confidentielles.
- Je comprends que METRO peut contacter le physicien ou le professionnel de santé habilité mentionné sur ma demande dans le but de vérifier la nature du handicap me donnant droit à un tarif réduit. J'autorise le physicien ou le professionnel de santé habilité à fournir toutes les informations nécessaires pour déterminer l'éligibilité au programme de tarif réduit METRO.

**En signant ci-après, vous certifiez que vous avez lu et que vous comprenez les conditions générales du présent programme :**

---

# FRENCH

**Nom du demandeur, signature et date de la demande :**

Nom (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

---

**RÉSERVÉ À UN USAGE INTERNE**

Carte n° \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_ Documentation \_\_\_\_\_