



DEMANDE DE STATUT D'AYANT DROIT AUX TARIFS RÉDUITS

CATÉGORIES DES AYANTS DROIT Tous les demandeurs doivent remplir la section 1	DOCUMENTS OBLIGATOIRES À FOURNIR
Seniors (65+)	Document d'identité avec photo et date de naissance
Enfants (6-18)	Un document d'identité avec date de naissance et photo peut être demandé
Détenteurs d'une carte Medicare	Document d'identité avec photo et carte Medicare rouge, blanche et bleue
Vétérans	Document d'identité avec photo et D214, identifiant VA ou identifiant de statut de vétéran
Personnes handicapées recevant les prestations SSI, SSDI, VA	Document d'identité et lettre d'ayant droit la plus récente
Handicap médicalement confirmé – Un médecin doit remplir la section 2/page 2	Document d'identité avec photo et certificat médical délivré par un professionnel de santé et/ou une agence accréditée (Voir page 2)

Section 1 : À compléter par le demandeur

_____/_____/_____ **DATE :** _____
Nom de famille **Prénom**

_____/_____/_____/_____/_____
Adresse postale **N° d'app. /unité** **Ville** **État** **Code postal**

_____/_____/_____
N° de téléphone (inclure le code régional) **Date de naissance** **Adresse courriel**

Méthode préférée de communication : Adresse postale Téléphone Courriel

Catégorie pour les tarifs réduits : Senior Medicare SSI, SSDI, VA Vétéran Handicapé Enfant

Choisissez une option : Dirigo Pass App. mobile Paiement en espèces/carte d'identité seulement

Si vous choisissez la Smartcard (Dirigo Pass), la voulez-vous avec photo ? Oui Non **Par courrier** _____
Aller la chercher _____ (pour la photo, elle ne peut être imprimée qu'à la station de Greater Portland Metro)

Je certifie que les renseignements figurant sur ce formulaire sont vrais et corrects. Je donne ma permission à l'agence ou au professionnel de santé de transmettre les renseignements concernant mon handicap. Je comprends que si cette demande est approuvée, j'aurai le droit de bénéficier des tarifs à coût réduit (50 % du tarif plein) grâce au système de Dirigo Pass Automated Fare. Je ne prêterai ni ne donnerai ma carte ni mon application mobile à personne. Si je paie en espèces, je montrerai ma carte d'identité au chauffeur de bus ainsi que cela est exigé au moment du paiement.

Signature : _____ **Nom en lettres d'imprimerie :** _____ **Date :** _____

Renseignements concernant un handicap médicalement vérifié – suite à la page 2

Si un professionnel de santé pense qu'un individu qui, pour des raisons de maladie, blessure, âge, maladie mentale, troubles cognitifs ou autre incapacité ou handicap permanent ou temporaire, y compris les personnes non-ambulateurs, utilisant un déambulateur et celles avec une mobilité limitée, **n'est pas capable, sans aménagements spéciaux, planification spéciale ou**

agencement particulier, d'utiliser les locaux ou les services des transports en commun comme les personnes qui ne sont pas affectées (Titre 49 CFR 609.3 – Définitions), répond aux critères pour recevoir le statut d'ayant droit aux tarifs réduits, veuillez le mentionner dans la section 2. Ce handicap ou cette invalidité doit avoir pour conséquence une compétence réduite pour accomplir les actions nécessaires à l'utilisation normale des services de transport sur les routes régulières sans recevoir de formation spéciale ou d'aide.

Section 2 : À compléter par un professionnel de santé/une agence dans les 30 jours suivant la demande

Afin de pouvoir bénéficier des tarifs réduits du système Dirigo Pass Automated Fare, votre client/patient dont le nom figure sur ce formulaire doit souffrir d'une condition physique ou mentale/cognitive correspondant à l'un des critères d'admissibilité et qui limite de façon conséquente une activité importante de la vie telle que se prendre en charge, marcher, voir, entendre, parler, respirer, apprendre et/ou travailler et qui de plus répond aux standards établis par la loi pour avoir droit aux tarifs réduits listés sur la première page de ce formulaire.

Le handicap est-il permanent ? Oui Non S'il ne l'est pas, pendant combien de temps estimez-vous qu'il va durer ? _____

(Note : Si le handicap est temporaire, il doit durer pendant au moins 90 jours pour avoir droit aux tarifs réduits.)

Je certifie que : _____ répond aux critères pour recevoir les tarifs réduits listés ci-dessus, et que **le handicap déterminant est :** _____

Nom en lettres d'imprimerie du professionnel de santé/du représentant de l'agence : _____

Signature du professionnel de santé/du représentant de l'agence : _____

Nom du cabinet/de l'agence délivrant le certificat : _____

(Le tampon de la personne établissant le certificat peut être apposé à cet endroit ou bien un certificat imprimé sur une lettre à l'entête de la personne le délivrant doit être joint).

Adresse du cabinet : _____

Téléphone du cabinet : _____ **Fax :** _____ **Courriel :** _____

Si vous avez des questions pour remplir ce formulaire, veuillez appeler 1-833-272-7270. Le formulaire rempli peut être renvoyé par fax, courrier postal ou remis en main propre à votre centre local de transport : Metro (114 Valley St., Portland, 04102, or 21 Elm St. Pulse), BSOOB Transit (Service clientèle, 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: _____ Date: _____

Fare choice: Dirigo Pass Card with photo/ without photo or Mobile app

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

RF ID # _____ 16-digit Pass # _____ Photo # _____ Exp. Date: _____

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

Photocopy of supporting documentation made: _____ Username: _____

State ID, type, number _____