

Solicitud Para Pase Anual de Ruta Fija Para Personas con Discapacidades

La información en esta solicitud solo se utilizará por COLT para determinar la elegibilidad para un PASE ANUAL DE DISCAPACIDAD.

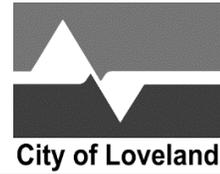
La Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades de 1990 define una discapacidad con respecto a un individuo con un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de una persona, con un registro de dicho impedimento, o que se le considere tener dicho impedimento.

Para calificar (solo se requiere uno (1) para calificar):

- Puede presentar una Tarjeta de Medicare y una Tarjeta de Identificación en la Oficina de COLT.
- Validación de Veteranos Discapacitados – El solicitante tiene una discapacidad **relacionada con su servicio**. El solicitante de suministrar una copia de su carta de beneficios de la Administración de Veteranos. La carta debe declarar que la discapacidad está **relacionada con su servicio**.
- Validación del Proveedor de Cuidado de Salud
 - Su proveedor de salud actual debe suministrar a COLT con información relacionada con su condición de salud o discapacidad.
 - Por favor suministre la información de contacto de su proveedor de cuidado de salud. La oficina de COLT se comunicará con ellos directamente para determinar elegibilidad.

Las solicitudes se pueden regresar a la oficina COLT por correo, FAX, o correo electrónico. Una vez que COLT reciba la solicitud, nos comunicaremos con su proveedor de cuidado de salud. Usted será notificado por correo una vez que se haya determinado la elegibilidad.

Información Personal		
Nombre:	Apellido	Inicial
Dirección		# de Apartamento
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono Principal	Teléfono Secundario	Género ___Femenino___Masculino
Fecha de nacimiento _____/_____/_____	Firma: _____	
<p>Para regresar la solicitud por correo: COLT 105 West 5th St Loveland, CO 80537</p> <p>Fax: 970 962 2936 Correo electrónico: COLT@cityofloveland.org</p> <p>¿Preguntas? Por favor llame a la oficina de COLT al 970 962 2700 o TTY 970 962 2970 8am-5pm lunes - viernes. Hay materiales disponibles en letra grande y otros formatos alternativos. También hay asistencia disponible para solicitantes que no hablan inglés.</p>		



Autorización para Divulgación de Información Médica

Para permitir que COLT evalúe su solicitud para transportación bajo la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990, es necesario contactar a su proveedor de cuidado de salud que esté familiarizado con su discapacidad. Por favor suministre el nombre, dirección, y número de teléfono del proveedor de cuidado de salud que esté más familiarizado con su condición específica de salud o discapacidad.

Nombre del Profesional: _____ Título _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Doy mi autorización al proveedor de cuidador de salud mencionado arriba para divulgar información a Transportación de la Ciudad de Loveland (COLT, por sus siglas en inglés). Entiendo que esta información se utilizará exclusivamente para determinar mi elegibilidad para un paso anual de Ruta Fija a un precio rebajado. Entiendo que esta información será válida por 90 días. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para esta divulgación en cualquier momento.

Nombre del Solicitante (letra de molde): _____

Firma del solicitante o su representante legal: _____

Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento del solicitante: _____

Para uso de la oficina COLT solamente:

Pass Number: _____ Pass Date Range _____

Approved/Sold by _____ Date _____

Comments: _____

Amount Paid _____ Private Payer Agency Payer

Employee Signature _____