



Tarjeta de Descuentos (DFC) Aplicación

La Administración Federal de Transporte (FTA,) estipula que las agencias de transporte que reciben fondos conforme a la Sección 5307 deben permitir que los ancianos, las personas con discapacidades y los titulares de tarjetas de Medicare utilicen ciertos servicios por una tarifa que no sea más que la mitad de la tarifa base que se cobra otras personas. Access San Joaquín, la agencia de servicios de transporte consolidada del Condado de San Joaquín, emitirá una Tarjeta de tarifa con descuento (DFC) a personas aprobadas y calificadas que cumplan con los siguientes criterios de elegibilidad:

1. Si es titular de una tarjeta de Medicare, complete la Sección 1 de la solicitud y envíe una copia de su identificación y tarjeta de Medicare.
2. Formulario de inscripción para discapacitados del DMV
3. Si usted es un veterano, complete la Sección 1 de la solicitud y envíe una copia de su Formulario DD 214 válido del Departamento de Defensa de los Estados Unidos o una Tarjeta de Descuento para Veteranos del Departamento de Salud del Condado de San Joaquín.
4. Si reside en **Manteca** y tiene **62** años o más, complete la Sección 1 de la solicitud y envíe una copia de su identificación.
5. Si reside en **Tracy** o **Escalon** y tiene **65** años o más, complete la Sección 1 de la solicitud y envíe una copia de su identificación.
6. Si reside en **Stockton, Lodi, Ripon** u otras ciudades en el Condado de San Joaquín que no figuran en la lista anterior y tiene **60** años o más, complete la Sección 1 de la solicitud y envíe una copia de su identificación.
7. Si no cumple alguno de los requisitos anteriores y tiene una discapacidad visual, física o mental, llene la solicitud completamente (la sección 3 debe ser completada por un profesional de la salud).

Envíe por correo o por fax su formulario completado a:

Access San Joaquín
Attn: Access San Joaquín
421 E. Weber Ave.
Stockton, CA 95202
Fax: (209) 948-3024
Email: access@sjrtd.com

Access San Joaquín revisará cuidadosamente cada solicitud para asegurarse de que sólo las personas calificadas sean aprobadas. Si su solicitud fue denegada, tiene derecho a apelar esta decisión. El proceso de apelación se adjuntará a la carta de denegación. Tras la aprobación de su solicitud, se le enviará una carta está solicitando una foto para su DFC. Le enviaremos su DFC en un plazo de dos a cuatro semanas después de que se haya tomado o enviado su foto; tendrá una fecha de caducidad de hasta tres años después de la fecha de emisión (o no caducará si califica por edad). Para recibir la tarifa regular media, debe mostrar su DFC al operador al momento de abordar. La información obtenida en esta solicitud se mantendrá confidencial y se usará solo para la prestación de servicios de transporte. Esta información se puede compartir con otros proveedores de tránsito para facilitar el viaje en sus áreas.



Tarjeta de Descuentos (DFC) Aplicación

Sección 1: Información del solicitante					
Nombre:					
Dirección:			Ciudad, Estado, Código postal:		
Teléfono:			Correo electrónico:		
Medicare #		Fecha de Nacimiento:		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenina <input type="checkbox"/>
Si alguien completó la solicitud en nombre del solicitante, proporcione la siguiente información:					
Asistente o nombre de la agencia:			Correo electrónico:		Teléfono:
Firma:				Fecha:	
Sección 2: Información adicional					
Su discapacidad es:		Visual <input type="checkbox"/>	Física <input type="checkbox"/>	Mental <input type="checkbox"/>	
¿Su condición es temporal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es así, ¿cuánto tiempo?					
Ayudas de Movilidad (marque todas las que correspondan):		Bastón <input type="checkbox"/>	Muletas <input type="checkbox"/>	Andador <input type="checkbox"/>	Silla de Ruedas Manual <input type="checkbox"/>
Animal de Servicio <input type="checkbox"/>	Oxígeno <input type="checkbox"/>	Silla de Ruedas Motorizada <input type="checkbox"/>	Scooter Motorizado <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
Certificación del Solicitante					
Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información que he proporcionado en esta solicitud es correcta y que la solicitud se me devolverá si está incompleta.					
Firma del aplicante:					
Identificación del Profesional de la Salud					
Por el presente autorizo a mi profesional de la salud, identificado a continuación, a divulgar cualquier información necesaria para determinar mi elegibilidad para la Tarjeta de Descuento (DFC) de Access San Joaquín.					
Nombre y Título de Profesional:					
Dirección:					
Ciudad, Estado, Código postal:					
Centro Médico:				Teléfono:	
Firma del aplicante:				Fecha:	
Sección 3: Verificación del Profesional de la Salud					
Access San Joaquín requiere que la información a continuación se llene completamente para procesar la solicitud DFC. Diagnóstico médico (no utilizar abreviaturas médicas):					
La condición del aplicante es temporal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es así, ¿cuánto tiempo?					
Ayudas de Movilidad (marque todas las que correspondan):		Bastón <input type="checkbox"/>	Muletas <input type="checkbox"/>	Andador <input type="checkbox"/>	Silla de Ruedas Manual <input type="checkbox"/>
Animal de Servicio <input type="checkbox"/>	Oxígeno <input type="checkbox"/>	Silla de Ruedas Motorizada <input type="checkbox"/>	Scooter Motorizado <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
Nombre y Título de Profesional:					
Firma del Profesional de Salud:				Fecha:	

