

Medicare, Personas Mayores y Personas con Discapacidades (MSD)
Instrucciones de Pase de Descuento

El Pase MSD de Longview Transit permite a los individuos calificados para usar nuestro Servicio Ruta Fija a la mitad de la tarifa regular. Actualmente la tarifa regular es \$1.25 así con la tarifa descontada el individuo pagaría sólo \$0.60 centavos para viajar.

Quién es elegible para la tarifa reducida:

- Adultos mayores (60 años o más)
- Las personas con discapacidad (***físicas, mentales e impedimentos visuales. Aplicación completo por profesional de la salud o trabajador social***)
- Los titulares de tarjetas Medicare

Requisitos para I.D.

- Proporcionar una identificación válida con foto
- Tarjeta actual de Medicare

Si usted no tiene una tarjeta de Medicare o no tiene 60 años o más:

- Usted debe consultar a su médico para que llene la solicitud de MSD, fax, envíe por correo o por correo electrónico a la siguiente dirección junto con su reporte de evaluación si es aplicable.

Correo:

Longview Transit
908 Pacific Ave. Suite 200
Longview, Texas 75602

Email a:

tmumphrey@longviewtransit.com

Fax a: 903-753-2291

Para asistencia llame: 903-753-2287 ext.10

Solo complete esta sección si usted califica como una persona con discapacidad

**PROGRAMA MSD DE LONGVIEW TRANSIT
APLICACIÓN DE ELEGIBILIDAD**

Yo, _____, certifico que _____
cumple con los requisitos establecidos a continuación para el transporte de personas
elegibles**

Naturaleza de las Personas con Discapacidades:

Duración de la Condición: _____

Yo recomendó que el/ella sea emitido/a una tarjeta de identificación de Longview Transit, lo cual lo/a calificaría a pagar la tarifa reducida para usar el sistema de ruta fija de Longview Transit.

Este formulario debe ser firmado por un médico o un trabajador social calificado

Firmado

Fecha

Nombre de la Agencia

Dirección

Teléfono

**** Las personas que, por su edad o discapacidad, no pueden sin una planificación especial de diseño para utilizar las instalaciones de transporte masivo y servicios de la manera más eficaz a personas que no están tan afectadas.**

Información Adicional del Aplicante:

Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Seguridad Social: _____

Dirección: _____

Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____