



FIXED-ROUTE REDUCED FARE IDENTIFICATION CARD APPLICATION

This card is for seniors age 65 and above or individuals with a disability. This card will entitle you to a discounted fare on Simi Valley Transit's fixed-route bus system.

Please print or type the section below:

Name:		
Street Address:		
City/Zip Code:	Date of Birth:	
Phone:		
Do you use any of the following?: ☐ Wheelchair ☐ Scooter ☐ Walker		
Do you require a Personal Care Attendant?: ☐ Yes ☐ No		
Emergency Contact Person:		Relationship:
Address:	City:	Phone:
I hereby authorize the person listed below to release, to the City of Simi Valley, information about my disability in order to verify eligibility for a Fixed-Route Reduced Fare Identification Card. The information released will be used to determine eligibility for these services.		
Signature: _____ Date: _____		

**The bottom portion of this application is only required for individuals with a disability.
Please submit to your Physician for completion.**

I hereby certify that I am a licensed physician in the State of California. I believe that under the Eligibility Criteria (listed on back), Section _____ qualifies the applicant for a Fixed-Route Reduced Fare Identification Card to be used on Simi Valley Transit's fixed-route bus system.		
Is disability temporary?: ☐ Yes ☐ No		If Yes, expected duration:
Physician's Name:		Physicians Signature:
License No:		Phone:
Business Address		
City:	State:	Zip Code:

When Completed Please Mail to:
City of Simi Valley/Transit
2929 Tapo Canyon Road
Simi Valley, CA 93063

ELIGIBILITY CRITERIA FOR DISABILITY CERTIFICATION/DIAL-A-RIDE SERVICES

- Section 1.** Visual impairment such that:
- a) Vision in better eye is 20/200 or less after best correction.
 - b) The visual field is contracted to 10° or less from a point of fixation or subtends an angle no greater than 20°.
- Section 2.** 50% bilateral hearing loss uncorrected by use of a hearing aid.
- Section 3.** Musculo-skeletal impairment such as muscular dystrophy, osteogenesis imperfecta, or severe rheumatism or arthritis of therapeutic Grade III, Functional Class III, or anatomical state III.
- Section 4.** Cardiovascular impairments resulting in marked limitation of physical activity. Less than ordinary physical activity causes fatigue, palpitation, dyspnea or anginal pain. Ordinary physical activity should be markedly restricted.
- Section 5.** Severe respiratory impairment in which shortness of breath does not appear during times of rest but does occur during ordinary daily activities such as stair climbing. At the time of upper respiratory illness, it may become severe enough to require hospitalization.
- Section 6.** Amputation of, or anatomical deformity (due to vascular or neurological deficits, traumatic loss or muscle mass or tendons, or x-ray evidence of bony or fibrous ankylosis joint subluxation) or instability of:
- a) Both hands
 - b) One hand and one foot
 - c) One lower extremity at or above tarsal region.
- Section 7.** Neurological disorder due to brain dysfunction, including autism, or damage to the central nervous system including cerebral palsy resulting in aberration of motor functions. Paralysis, in coordination, or functional motor deficit in any two limbs due to brain, spinal, or peripheral nerve injury, including paraplegia, quadriplegia, hemiplegia, etc.
- Section 9.** Emotional disturbance to the extent that applicant is living in a board and care facility, or at home under supervision, and participating in an activity center or workshop sponsored by a funded agency.
- Section 10.** Epilepsy (Convulsion disorder) involving impairment of consciousness which occur more frequently than once a month despite prescribed treatment.
- Section 11.** Any other handicap that you consider will restrict mobility. Please attach an explanation with the application.
- Section 12.** Mental Retardation.
- Section 13.** Applicant does not have any of the above disorders, and is not eligible.
- Exclusions:
- ☐ Pregnancy
 - ☐ Obesity
 - ☐ Acute or chronic alcoholism or drug addiction
 - ☐ Contagious diseases



TARIFA REDUCIDA DE RUTA FIJA SOLICITUD DE TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

Esta tarjeta es para personas mayores de 65 años o personas con discapacidad. Esta tarjeta le dará derecho a una tarifa con descuento en el sistema de autobuses de ruta fija de Simi Valley Transit.

Por favor imprima o escriba las secciones a continuación:

Nombre:		
Dirección:		
Código/Postal:	Fecha de nacimiento:	
Teléfono:		
¿Usas alguno de los siguientes?: ☐ Silla de ruedas ☐ Scooter ☐ Caminante		
¿Necesita un asistente de cuidado personal?: ☐ Sí ☐ No		
Persona de contacto de emergencia:		Relación:
Dirección:	Código	Teléfono:
Por la presente, autorizo a la persona que se indica a continuación a divulgar, a la ciudad de Simi Valley, información sobre mi discapacidad para verificar la elegibilidad para una tarjeta de identificación de tarifa reducida de ruta fija. La información divulgada se utilizará para determinar la elegibilidad para estos servicios.		
Firma _____		Fecha: _____

La parte inferior de esta solicitud solo se requiere para personas con una discapacidad. Envíelo a su médico para que lo complete.

Por la presente certifico que soy un médico con licencia en el Estado de California. Yo creo que bajo el Criterio de elegibilidad (enumerados al dorso), la sección ____ califica al solicitante para una ruta fija reducida. Tarjeta de identificación de tarifa para usar en el sistema de autobús de ruta fija de Simi Valley Transit.		
¿La incapacidad es temporal?: ☐ Sí ☐ No		En caso afirmativo, duración prevista:
Nombre del médico:	Firma del médico:	
Número de licencia:	Teléfono:	
Dirección de Negocios:		
Ciudad:	Estado:	Postal:

**Cuando esté completo, envíelo
por correo a:
City of Simi Valley/Transit
2929 Tapo Canyon Road
Simi Valley, CA 93063**

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD /SERVICIOS DIAL-A-RIDE

- Sección 1.** Deficiencia visual tal que:
- a) La visión en el mayor ojo es 20/200 o menos después de la mayor corrección.
 - b) El campo visual se contrae a 10° o menos desde un Punto de fijación o subtiende un ángulo no mayor a 20°.
- Sección 2.** Pérdida auditiva bilateral Del 50% no corregida por el uso de un audífonos.
- Sección 3.** Deterioro muscular esquelético Como distrofia muscular, osteogénesis imperfecta o reumatismo o artritis de grado terapéutico III, clase funcional III o estado anatómico III.
- Sección 4.** Alteraciones cardiovasculares que dan lugar a una marcada limitación de la actividad física. Menos que la actividad física ordinaria provoca fatiga.
- Sección 5.** Insuficiencia respiratoria grave en la que no aparece dificultad para respirar en momentos de Descanso, Pero ocurre Durante las actividades diarias ordinarias, Como subir escaleras. En el momento de la parte superior enfermedad respiratoria, puede llegar a ser lo suficientemente grave Como para requerir hospitalización.
- Sección 6.** Amputación o deformidad anatómica (por déficits vasculares o neurológicos, traumatismos) Pérdida de masa muscular o tendones, o evidencia de rayos X de anquilosis articular ósea o fibrosa subluxación o inestabilidad de:
- a) Ambas manos
 - b) Una mano y un pie
 - c) Una extremidad inferior en o por encima de la región del tarso.
- Sección 7.** Trastorno neurológico debido a disfunción cerebral, incluido el autismo, o daño al sistema central sistema nervioso, incluida la parálisis cerebral que resulta en una aberración de las funciones motoras. Parálisis, falta de coordinación o déficit motor funcional en cualquiera de las dos extremidades debido a una lesión cerebral, espinal o lesión de nervio periférico, incluyendo paraplejía, cuadriplejía, hemiplejía, etc.
- Sección 9.** Trastorno emocional en la medida en que el solicitante vive en un centro de pension y cuidado, o en casa bajo supervisión y participando en un centro de actividades o taller patrocinado por un agencia financiada.
- Sección 10.** Epilepsia (trastorno de convulsiones) que implica deterioro de la conciencia que ocurre más frecuencia que una vez al mes a pesar Del tratamiento prescrito.
- Sección 11.** Cualquier otra minusvalía que consideres restringirá la movilidad. Adjunte una explicación con la solicitud.
- Sección 12.** Retraso Mental.
- Sección 13.** El solicitante no tiene ninguno de los trastornos mencionados, y no es elegible.

Exclusiones: ☐ El embarazo
☐ Obesidad
☐ Alcoholismo agudo o crónico o adicción a las drogas
☐ Enfermedades contagiosas