



Sistema de Transporte autobús Nashua City

Honrado Aplicación Identificación Ciudadana

Gracias por su interés en el servicio Nashua Sistemas de Transporte (NTS) City Bus ti. Personas a las que se encuentran elegibles a través de este proceso de aplicación como son elegibles para una tarifa reducida durante el viaje en nuestro sistema de autobús de la ciudad.

Por favor enviar su solicitud a:
oficina de la Administración NTS
11 Riverside St.
Nashua NUEVA HAMPSHIRE 03062

NTS procesará su solicitud y le notificará de la decisión dentro de los 21 días siguientes a la recepción. Una solicitud incompleta será devuelto a usted y esto retrasará el procesamiento de su solicitud.

Si usted es aprobado para una tarjeta de identificación honrado ciudadano usted será contactado y se le pedirá que ir a la oficina de Administración NTS donde se creará y se le dio a usted su tarjeta de identificación. La oficina de la Administración NTS es accesible a través de autobús de tránsito. tarjetas de identificación serán válidos para un máximo de 3 años.

Si NTS determina que no es elegible para una tarjeta de identificación honrado ciudadano, tiene derecho a una audiencia para apelar esta decisión. Una copia del procedimiento de recurso se envía con cada letra de inhabilitación.

Toda la información obtenida en este proceso de certificación sólo será utilizada por NTS para las disposiciones de una tarjeta de identificación de ciudadano honrado. Esta información se mantendrá estrictamente confidencial y no será otorgado a cualquier otra persona o agencia.

Parte A: Información del cliente:

nuevo solicitante

Recertificación

identificación de reemplazo

Nombre del solicitante: (Nombre, Apellido, Inicial) _____

Dirección de casa: _____ Apto# _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal (si es diferente): _____ Apto# _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa #: _____ En segundo lugar (de la tarde) # Número de teléfono: _____

Masculino Hembra

Fecha de nacimiento: ____/____/____

SSN ____ - ____

(a) Necesarios para la verificación Propósitos

Para ser completado si el solicitante fue ayudado por otra persona en la finalización de la aplicación.

Nombre _____

Teléfono durante el día _____

Relación _____

Fecha _____

Parte B: Elegibilidad

Debe ser completado por el Solicitante

Marque uno de los siguientes:

- Soy titular de una tarjeta de Medicare. Yo entiendo que puedo usar mi tarjeta de Medicare como prueba de una discapacidad para recibir la tarifa reducida, mientras viajaba en el servicio de autobuses de la ciudad NTS, sin embargo todavía me gustaría recibir una NTS ½ tarifa Honrado tarjeta de identificación ciudadana. He adjuntado una fotocopia de mi tarjeta.

 - Soy un cliente actual del servicio de elevación NTS la ciudad y se han encontrado ADA elegible.
(NTS verificará su elegibilidad)

 - Soy un veterano. He adjuntado prueba de estatus:
 - o Veteranos de identificación.
 - o Formulario DD-214.
 - o Una carta original de la VA firmado por el oficial de servicio de un veterano.

 - Soy una persona mayor sobre la edad de 60. Yo entiendo que puedo usar mi emitida por el estado conductor o no conductor identificación como prueba de la edad para recibir la tarifa reducida, mientras viajaba en el servicio de autobuses de la ciudad NTS, sin embargo todavía me gustaría recibir una tarifa NTS reducido Honrado tarjeta de identificación ciudadana. He adjuntado una identificación del estado o de la documentación incluida con el puf de edad.
-

Si no encaja en ninguna de las categorías anteriores, entonces debe completar el adjunto "PARTE C - Certificación de Cuidado de la Salud. El criterio que debe cumplirse con el fin de ser considerados discapacitados se puede encontrar en la última página de esta solicitud. Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en ponerse en contacto con el Director de Movilidad NTS al (603) -821 a 2030.

- No estar en ninguna de las categorías anteriores, el sistema de tránsito de Nashua, por tanto, que he proporcionado con la información de mi profesional de la salud (Parte C)

x _____ Firma del aplicante

Parte C: Certificación de Cuidado de la Salud

Debe ser completado por un / Certificado profesional de atención médica con
licencia

DIRECTRICES PARA LA SALUD CUIDADO PROFESIONALES

Por favor, indique a continuación cuál de las categorías se aplican al solicitante.

1. Cualquier persona que no puede caminar más de 200 pies a una ruta de autobús o de destino final sin el uso de una ayuda mecánica (ej. Muletas, Caminante, Etc ...).
2. Cualquier persona que utiliza una silla de ruedas.
3. Cualquier persona que tiene menos de una visión de 20/200 con la mejor corrección o una restricción de campo de 10 grados o menos. Cualquier solicitante legalmente ciego debe tener un certificado de la ceguera de la Comisión NH para Ciegos.
4. Cualquier individuo que se considera sorda y cuya audiencia es que no puede corregirse mediante el uso de un audífono.
5. Cualquier persona que no puede caminar más de 200 pies de una ruta de autobús de destino final a causa de trastorno muscular esquelético, pulmonar o cardiovascular.
6. Cualquier persona que tiene una discapacidad del desarrollo o un trastorno emocional. La elegibilidad para los trastornos emocionales es la siguiente.
 - 6a. Emocionalmente perturbada persona que está viviendo en una residencia comunitaria o el embarque de casa y participar en un programa de hospitalización taller o días al abrigo.
 - 6b. Viviendo en casa y participar en un programa de hospitalización taller o días al abrigo.
7. Cualquier persona que es un amputado.

8. Cualquier individuo que requiere tratamiento de diálisis renal.

¿Cuál de las categorías anteriores describe mejor la discapacidad de este solicitante? _____ Please
Proporcionar la documentación de la discapacidad y cualquier información adicional que usted considere que
puede ayudarnos a hacer nuestra decisión con respecto a la elegibilidad:

| | | |
|---|---------------------------|------------|
| x _____ | _____ | _____ |
| Profesionales del cuidado médico Firma | Título | Licencia # |
| _____ | _____ | _____ |
| Profesionales del cuidado médico Nombre (letra de imprenta) | | Fecha |
| _____ | _____ | _____ |
| Nombre de la agencia de la empresa | Teléfono durante el día # | Dirección |