



¿Tiene preguntas?
Llame al 312-913-3110
o visite rtachicago.org

Asistencia
de tránsito



Solicitud de tarifa reducida

El Permiso de Tarifa Reducida permite a las personas mayores de 65 años y a personas con discapacidades menores de 65 años viajar a una tarifa reducida en el servicio de autobús y tren de Metra, Pace y CTA.

¿Puedo completar la solicitud en línea?

¡Complete la solicitud ahora en fares.rtachicago.org y obtenga su permiso más rápido!

Al completar la solicitud en línea, recibirá su Permiso de Tarifa Reducida nuevo, renovado o de reemplazo **dentro de 7 a 10 días hábiles**. El portal en línea funciona en la mayoría de las computadoras, computadoras portátiles, teléfonos inteligentes y tabletas.

Si prefiere completar una solicitud en papel, complete el formulario al reverso.



Escanee este
código para
completar la
solicitud en línea

¿Quién califica para el Permiso de Tarifa Reducida?

- Personas de 65 años o más.
- Personas con discapacidades físicas, auditivas, de movilidad, mentales, visuales o cognitivas.
- Personas con discapacidades que reciben beneficios de SSI o SSDI.
- Personas con tarjetas de Medicare.
- Veteranos que reciben beneficios por discapacidad relacionado con el servicio.
- Personas con una Tarjeta de identificación de Discapacidad.

**Vea el otro lado para
la solicitud en papel**



¿Tiene preguntas?
Llame al 312-913-3110
o visite rtachicago.org

**Asistencia
de tránsito**

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
Dirección o número de apartado postal		Apartamento/Unidad	
Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono	Correo electrónico		

Persona de 65 años o más
 Persona con discapacidad

Todos los solicitantes deben:

- Firmar este documento.**
- Adjunte una fotografía a color tamaño 2" por 2".**
- Adjunte una copia de identificación oficial con foto válida.**

Identificación estatal, licencia de conducir, tarjeta de Chicago CityKey, pasaporte, o identificación consular.

4. Envíe los documentos a

Regional Transportation Authority
PO Box 301150
Chicago, IL 60630

Requisitos adicionales para personas con discapacidad menores de 65 años:

- Veteranos con una discapacidad relacionada con el servicio:**
Carta de beneficios del VA
- Personas con discapacidades:** Una copia de uno de los siguientes: carta de beneficio de SSI o SSDI, tarjeta de Medicare, tarjeta de identificación de discapacidad, formulario de verificación profesional de la solicitud de Tarifa reducida o una carta de un profesional que verifique su discapacidad.

Términos y condiciones

La solicitud debe firmarse: Entiendo que el objetivo de este certificado es determinar la elegibilidad para el Programa de la RTA de Permiso de Tarifa Reducida. La información solicitada en este formulario está exenta de divulgación pública en la medida permitida por el párrafo 207 de la Ley de Libertad de Información de Illinois (5 ILCS 140/1 ET SEQ.) Entiendo que cualquier información falsa presentada en la solicitud puede resultar en mi enjuiciamiento hasta el máximo permitido por la ley. Entiendo que si se me otorga un Permiso de Tarifa Reducida de la RTA, este es solo para mi uso personal, y si permito que otra persona use mi tarjeta, esta podría ser revocada, podrían retirarme del programa y podría ser procesado/a al máximo permitido por la ley.

Firma	Fecha
-------	-------

Center use only

Center code	Taken by (initials)	RTA-FP-0101
-------------	---------------------	-------------





¿Tiene preguntas?
Llame al 312-913-3110
o visite rtachicago.org

Asistencia
de tránsito



Reduced Fare Application Professional Verification

Solo aquellos que soliciten un Permiso de Tarifa Reducida para personas con discapacidades que necesiten una verificación profesional de su discapacidad deberán completar esta página. O bien, un profesional puede escribir una carta en una receta o en un papel con membrete oficial que explique la naturaleza de su discapacidad en vez de completar este formulario.

To be completed by a doctor, social worker, case worker, physical therapist, or other professional that can verify the applicant's disability.

Professional's First Name

Professional's Last Name

Business Address

Apartment/Unit

City

State

Zip code

Telephone number

Physician

Psychiatrist

Psychologist

Audiologist

LSW/LCSW

Optometrist

Nurse Practitioner

Physician Assistant

Chiropractor

Teacher

Case Manager

Other: _____

**See other side to
complete verification**



¿Tiene preguntas?
Llame al 312-913-3110
o visite rtachicago.org

Asistencia
de tránsito

**To be completed by a doctor, social worker, case worker, physical therapist,
or other professional that can verify the applicant's disability.**

Applicant's First Name

Applicant's Last Name

Applicant is eligible for a Reduced Fare Permit if one of the following criteria listed below applies. Please check the appropriate box(es):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> A physical disability | <input type="checkbox"/> Hard of hearing or deaf | <input type="checkbox"/> Applicant's impairment does not meet any of the functional limitations listed, therefore, I cannot certify that the applicant's disability meets the criteria for receiving the RTA Reduced Fare Permit at this time. |
| <input type="checkbox"/> A psychiatric disability | <input type="checkbox"/> Low vision or blind | |
| <input type="checkbox"/> An intellectual or developmental disability | | |

Information falsely presented on this application by a professional may result in their prosecution to the fullest extent allowable under the law. In addition, any falsification of information on this form may be considered grounds for revocation, suspension, reprimand, or other disciplinary action. RTA reserves the right to (1) contact the professional to verify the information provided, (2) make the final determination on an applicant's eligibility for a Reduced Fare Permit, and (3) have an applicant submit to a second exam by a professional selected by the RTA.

I hereby certify to the best of my knowledge the information on this application is true and correct.

Professional's Signature

Date