



**Por favor complete la Sección A - O - la Sección B, pero no ambas.**

---

**Sección A: Certificación de discapacitado**

**NOMBRE DE LA DISCAPACIDAD:** Por favor marque una o más que apliquen

Parapléjico                       Esclerosis múltiple                       Derrame  
 Artritis, cadera o pierna       Cuadripléjico                               Discapacidad visual  
 Artritis (otro)                       Parálisis cerebral                       Discapacidad cognitiva  
 Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**NATURALEZA DEL PROBLEMA DE MOVILIDAD:** Por favor marque una o más que apliquen

Parapléjico                               Esclerosis múltiple                       Derrame  
 Artritis, cadera o pierna       Cuadripléjico                               Discapacidad visual  
 Artritis (otro)                               Parálisis cerebral                       Discapacidad cognitiva  
 Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN:** (Completado por el médico u otra Agencia Aprobada Certificada)

Certifico que este solicitante es \_\_\_\_\_, no es \_\_\_\_\_, discapacitado según la lista de la Sección A de este formulario.

En mi opinión profesional, esta persona: \_\_\_\_\_ PUEDE, \_\_\_\_\_ PUEDE CON GRAN DIFICULTAD, \_\_\_\_\_ NO PUEDE usar los autobuses de Denton Transit debido a su discapacidad.

¿Cómo esta discapacidad afecta el uso de transporte público?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MÉDICO:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE COMPLETO ESCRITO DEL MÉDICO:** \_\_\_\_\_ **LICENCIA #:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE CONTACTO DEL MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**FAX #:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DE LA AGENCIA O EXAMINADOR:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE COMPLETO ESCRITO:** \_\_\_\_\_

**AGENCIA U ORGANIZACIÓN** \_\_\_\_\_ **CARGO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE CONTACTO:** \_\_\_\_\_

**FAX #:** \_\_\_\_\_

---

**Sección B: Certificación de ciudadano de tercera edad**

Certifico que a la fecha de esta solicitud tengo 65 años de edad o más.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_