



**PERSONA CON DISCAPACIDAD SOLICITA UNA MODIFICACION RAZONABLE
SOLICITUD DE CERTIFICACION MEDICA**

LADO 1: Información de solicitante

1.Nombre del Solicitante: _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO

2. Número de teléfono () _____ 3. Email: _____

4: Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

5. Fecha de Nacimiento: _____ 6. Dia de la Solicitud: _____
Mes / Dia / Ano Fecha de Preparación

7. DIRECCION Y AUTORIZACION DEL SOLICITANTE PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA

Declaro que la información proporcionada es verdadera y exacta a mi leal saber y entender, reconozco que proporcionar información falsa en esta solicitud puede invalidar mi solicitud de una modificación.

También autorizo a mi profesional sanitario divulgar la información médica necesaria para proceder mi modificación razonable No usar una máscara debido al COVID-19.

Reconozco que la fecha de certificación profesional de atención médica (HCPC) adjunta es válida solo por 30 días calendarios y esta solicitud será rechazada si se envía después de 30 días calendarios HCPC.

X _____
FIRMA DEL SOLICITANTE Fecha

X _____
FIRMA DE LOS TUTORES SI EL APLICANTE ES MENOR DE 19. Fecha

PARA USO OFICIAL UNICAMENTE-NO ESCRIBA EN ESTE BLOQUE

Verificación de la Licencia Profesional Sanitario: Estatus de la Licencia: _____ Fecha de Caducidad: _____

Proceso Solicitado: Permanente Temporario: _____ Meses HCPC Fecha: _____

Tarjeta de sin Mascara/Escudo Facial RM

Solicitud Denegada: Razón: _____

Firma: _____ Fecha: _____
(Diseñador)

LADO 2: CERTIFICACION POR PROFECIONAL DE LA SALUD CON LICENCIA:

Un Professional de la Salud Incluye, un Trabajador Social Licenciado como Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Terapeuta especialista en Rehabilitación, Medico, Enfermero Registrado, Mental, Patología del Habla o Profesionalmente Similar, Debidamente Licenciado para practicar en el Estado de Nebraska.

8a. Yo certifié que (Nombre del solicitante) _____ califíco para una modificación Razonable como Persona con Discapacidad basada en una de las siguientes categorías:

- El solicitante tiene una historia de discapacidad física o mental que limita sustancialmente una vida importante o activa; o
- El Solicitante tiene una historia de discapacidad física o mental que afecta a su capacidad para usar una mascarilla o cobertura facial debido al COVID-19.

8b. Indique la naturaleza de la discapacidad física o mental que afecta su capacidad para usar una mascarilla o cobertura debido a COVID-19:

8c. Proporcione su mejor estimación de la duración de la afectación medica:

8d. Certificación de Personal Sanitaria. Como Personal de Salud en el Estado de Nebraska entiendo que Certificar falsamente que el Solicitante está Calificado para los Propósitos y su estado de salud son motivos para la aplicación de sanciones de Licencia bajo el 172 NAC 5, and Nebr. Rev. Stat. §71-168 to 71-168.02.

Hombre: _____ **No. Tel:** () _____

Agencia: _____ **No. Licencia:** _____

Dirección: _____ **Vencimiento de Licencia:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Firma: _____ ***Fecha:** _____

*La Fecha de Vencimiento de la Tarjeta de Modificación sin Mascara - SOLO - Protector Facial de METRO-----SOLAMENTE es basada en la Fecha de Certificación del Profesional de Salud.

ATENCION: METRO debe contar con la información médica requerida para no llevar mascara y la solicitud debe tener un METRO No Mascara -SOLO- Cobertura Facial * El pasajero debe tener la Tarjeta de Modificación Razonable para poder viajar sin Mascara.



SOLICITUD DE MODIFICACION RAZONABLE HOJA DE INSTRUCCIONES

LADO 1: INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE

1. **Nombre del Solicitante:** En letra de imprenta (Apellido, Nombre, Inicial segundo Nombre).
2. **Número de Teléfono:** Escriba su No. Si usted no tiene No. de teléfono, escriba "NONE."
3. **Email es opcional.** METRO lo usara UNICAMENTE para comunicarse con usted para *Propósitos razonables de la Tarjeta de Modificación*---- No Mascara o Cobertura Facial.
4. **Dirección:** Escriba su dirección.
5. **Fecha de Nacimiento:** Escriba el Mes, día, y año.
6. **Fecha de la Solicitud:** Ingrese la fecha en que usted envíe la Solicitud en persona (Envíe su solicitud dentro de los 30 días Calendarios Posteriores a la fecha de Certificación del Profesional de Atención Médica).
7. **DECLARACION DE AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA:** Firme para verificar que la información que proporciono es correcta; Autorice a su Profesional de Salud a completar el lado 2 y publicar información médica (La información médica proporcionada SOLO se utilizara para determinar la elegibilidad para una Tarjeta de Modificación Razonable No Mascara-SOLO-Cobertura Facial y se rechazara si se envía después de 30 días calendarios de la fecha de Certificación del Personal de Salud.

LADO 2: INSTRUCCIONES DE CERTIFICACION DE PROFECIONALES DE CUIDADO MEDICO CON LICENCIA

- 8a. Certifique la discapacidad del Solicitante y la necesidad de una Modificación Razonable marcando el cuadro de categoría.
- 8b. Indique la naturaleza de la discapacidad física o mental que afecta su capacidad para usar una Máscara debido al COVID-19.
- 8c. Proporcione estimación de la duración de la afectación médica.

PERSONA CON DISCAPACIDAD SOLICITA UNA MODIFICACION RAZONABLE DE LA LEY FEDERAL DE MASCARAS (*Ver registro federal, Vol. 86, No. 21*), DEVERA ENVIARSE A:

METRO
ATTN: EXEPCION DE MASCARA
2222 Cuming Street
Omaha, NE 68102

1. Solo se aceptan para procesamiento solicitudes completadas y firmadas.
(No se procesarán aplicaciones incompletas. Complete todas las líneas con información precisa.)
2. Se requiere identificación con fotografía como prueba de identidad (ID) (Forma aceptable de ID incluye Licencia de Manejo, ID del Estado, Pasaporte, otro tipo de ID de agencia de Gobierno).
3. El día del vencimiento de la Carta es basado en el día de certificación de Profesional de Salud.
4. METRO Horas de Administración: lunes - viernes, 8:30 a.m. – 4:00 p.m. (Cerrado los días festivos)

Telefonos: 402-341-0800

TDD: 402-341-0807

FAX: 402-9396814-6814



Solicitud de Aprobacion de una modificacion razonable de la mascara

Nombre del solicitante: _____

Numero de telefono: _____ Email: _____

Direccion de envio: _____
Direccion Calle Ciudad Estado Código Postal

Razon de la Solicitud:

(Indique el motivo por el que solicita una modificacion razonable del uso de una mascara. Proporcione informacion general informacion sobre por que no puede.)

Modificacion Razonable por el uso de una mascara:

(Especifique la modificacion razonable de la politica existente que esta solicitando.)

Lo anterior es verdadero y exacto a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

LA PERSONA DEBE TRAER ESTA FORMA Y UNA SOLICITUD DE DISCAPACIDAD PARA SOLICITAR UNA CERTIFICACION MEDICA DE MODIFICACION RAZONABLE.

Si la solicitud no se envia como Solicitante, una persona de contacto puede completar el formulario:

Nombre: _____ Tel o email: _____

Relacion con el solicitante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO INTERNO:

Fecha recibida: _____

Fecha en la que inicio el proceso de comunicacion interactivacon el solicitante: _____

Aprobado por RM: _____ Aprobado por RM, pero diferente: _____

Modificacion Rasonable Especifica Aprobada: _____

RM rechazado y por que: _____

Designado autorizado de METRO:

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si necesita ayuda para llenar esta forma, por favor contacte al servicio del cliente de METRO al (402)341-0800; TDD: 402-341-0807.