



## SOLICITUD Y PROCESO DE EXENCIÓN DE MASCARILLA

### Sección I: Información de contacto

Nombre:

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Correo electrónico:

**Si necesita un formato accesible o ayuda para llenar este formulario, comuníquese con:**  
888-678-2871 • TTY/TDD 831-393-8111 • 711 Retransmisión • customerservice@mst.org

### Sección II: Declaración de discapacidad

¿Es incapaz de usar una mascarilla debido a una discapacidad?  Sí  No

### Sección III: Proceso de exención de mascarilla

Antes de poder viajar en un autobús de MST sin una mascarilla, tiene que proporcionarle a MST documentación de su médico u otro proveedor médico autorizado para ejercer su profesión que confirman su discapacidad y las limitaciones funcionales que sea peligroso o imposible para usted usar una mascarilla.

Si MST aprueba su solicitud, le entregarán una Tarjeta de exención de mascarilla que tendrá que mostrarle al conductor del autobús u otro empleado autorizado de MST al abordar el autobús.

#### **Siga estas instrucciones para solicitar una Tarjeta de exención de mascarilla:**

1. Llene la parte superior de esta página.
2. Pídale a su médico u otro proveedor médico autorizado para ejercer su profesión que llene el Formulario de exención de mascarilla al reverso de esta página.
3. Su médico u otro proveedor médico autorizado para ejercer su profesión tiene que llenar por completo el Formulario de exención de mascarilla antes de que se considere su solicitud.
4. Cuando haya completado los pasos 1, 2 y 3, envíe ambos lados de este documento al Funcionario de derechos civiles de MST para que lo revise y apruebe, usando una de las opciones de contacto que se indican más abajo.
5. Recibirá una notificación de su aprobación junto con su Tarjeta de exención de mascarilla dentro de 7 días hábiles de haber recibido su solicitud.

#### **Entregue o envíe por correo su Formulario de exención de mascarilla completado a:**

Monterey-Salinas Transit  
Attn: Civil Rights Officer / Mask Exemption  
19 Upper Ragsdale Dr., Suite 200  
Monterey, CA 93940

**También puede enviar el Formulario de exención de mascarilla por correo electrónico a:**  
CRO@mst.org

*TSA Security Directive 1582/84-21-01 / CDC Order Section 361 42 U.S.C 264(a) / 42 CFR 70.2, 71.31(b), 71.32(b))*



888-678-2871 / Free language assistance / Asistencia lingüística gratuita /  
Libreng tulong para sa wika / Hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí / 무료 언어 지원

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXENCIÓN DE MASCARILLA

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO O PROFESIONAL MÉDICO AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN DEL PACIENTE		
NOMBRE DEL MÉDICO:	NOMBRE DEL PACIENTE:	
NOMBRE DEL CONSULTORIO:		
DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:
EVALUACIÓN DEL MÉDICO O PROFESIONAL MÉDICO AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN		
<b>LA DISCAPACIDAD DEL PACIENTE CREA LAS SIGUIENTES LIMITACIONES FUNCIONALES QUE HACEN PELIGROSO O IMPOSIBLE QUE USE UNA MASCARILLA:</b>		
Los reglamentos federales permiten <b>exclusiones médicas limitadas</b> que hacen peligroso o imposible que el paciente use una mascarilla. Las exclusiones que no cumplan con estos criterios no serán aceptadas.		
<input type="checkbox"/> Impedimento cognitivo que impide comprender cómo usar y quitarse una mascarilla		
<input type="checkbox"/> Falta de destreza o impedimentos de movilidad que impiden usar o quitarse una mascarilla		
<input type="checkbox"/> Trastornos del lenguaje que impiden pedir ayuda para colocarse o quitar una mascarilla		
<input type="checkbox"/> El paciente tiene que usar controles de acceso alternativos para operar una silla de ruedas		
<input type="checkbox"/> Otro, por favor describa:		
FIRMA DEL MÉDICO	FECHA DE EVALUACIÓN	
<b>Verifique que ambos lados de este formulario se hayan llenado y que incluya la firma de su médico y fecha de evaluación; envíe ambos lados según las instrucciones que se encuentran del otro lado de este formulario.</b>		
<i>Este formulario y toda la información relacionada con esta solicitud identificada en este formulario, incluyendo la identidad del empleado solicitante o su(s) limitación(es) físicas o mentales, es estrictamente confidencial.</i>		
<b><i>Este formulario no se puede guardar, reproducir, distribuir o compartir con alguien que no pertenezca al Departamento de Recursos Humanos y/o a la Oficina de Derechos Civiles.</i></b>		