



GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACION Y OBRAS PÚBLICAS
AUTORIDAD METROPOLITANA DE AUTOBUSES
PROGRAMA DE MEDIA TARIFA



SOLICITUD

Favor de completar este formulario y devuélvalo con todos los requisitos y documentos requeridos.
Escriba en letra de molde o maquinilla.

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD		SEXO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO	
DIRECCION					
BARRIO/URBANIZACION		PUEBLO		ZIP CODE	
TEL. RESIDENCIAL			NUM. SEGURO SOCIAL		
¿TIENE ALGUN IMPEDIMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI ES AFIRMATIVO, FAVOR DESCRIBIRLO: _____ _____					
¿USA USTED ALGUN EQUIPO, TAL COMO: AUDÍFONOS, SILLA DE RUEDAS, MULETAS U OTROS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO EQUIPO QUE UTILIZA: _____ _____					
_____			_____		
FIRMA DEL BENEFICIARIO			FIRMA REPRESENTANTE AUTORIZADO		

PARA USO DEL PROGRAMA

FECHA DE INGRESO:		NUM. IDENTIFICACION:	
FECHA DE EXPIRACION:		<input type="checkbox"/> ENVEJECIENTE <input type="checkbox"/> IMPEDIDO	