



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
 DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN Y OBRAS PÚBLICAS
AUTORIDAD METROPOLITANA DE AUTOBUSES



PROGRAMA DORADO

SOLICITUD DE INGRESO

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

 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE INICIAL

 FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO: F M

 DIRECCION

 BARRIO/URBANIZACION PUEBLO ZIP CODE

 TELEFONO RESIDENCIAL CELULAR NUMERO DE SEGURO SOCIAL

¿TIENE USTED ALGUNA CONDICION ESPECIAL? SI NO

SI ES AFIRMATIVO, FAVOR DESCRIBIRLA: _____

¿UTILIZA USTED ALGUN EQUIPO PARA ASISTIRSE? (EJEMPLO: AUDIFONOS, SILLA DE RUEDAS, MULETAS, ECT.)

NO SI ¿CUAL UTILIZA? _____

 FIRMA DEL BENEFICIARIO

 FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

PARA USO DEL PROGRAMA DORADO

NÚMERO IDENTIFICACIÓN _____ NÚMERO DE USUARIO _____

FECHA DE INGRESO _____ FECHA DE EXPIRACION _____

ENVEJECIENTE _____ ENVEJECIENTE CON IMPEDIMENTO _____