



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACION Y OBRAS PUBLICAS
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. RESIDENCIA			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: AUDIFONOS, SILLAS DE RUEDAS, MULETAS U OTROS?					
<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO		EQUIPO QUE UTILIZA: _____	

_____			_____		
FIRMA DEL BENEFICIARIO			FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO		

PARA USO DEL PROGRAMA

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