

SERVICIOS DE EASY CARD

SOLICITUD DE IDENTIFICACIÓN PARA PASAJE CON DESCUENTO



El solicitante debe llenar la parte superior de esta solicitud. Si lo necesita, se proveerá ayuda para llenar la parte superior de este formulario al momento que pida o presente la solicitud en el kiosco de fotografía para identificaciones.

Apellido: _____ Nombre: _____ M F

Dirección: _____ Depto. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____
(MM/DD/AAAA)

Dirección postal (si es diferente de la anterior)

Dirección: _____ Depto. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Un médico licenciado debe llenar y firmar la parte inferior de la solicitud que certifica la discapacidad e incluir el código médico

Por favor describa la discapacidad médica **permanente** que hace que el solicitante sea elegible para recibir la tarjeta Discount Fare EASY Card Código médico#: _____

Sello del médico _____ Firma: _____

Si no hay sello, adjunte una carta firmada por el médico que incluya su número de licencia. Se **debe** incluir el código médico para la verificación de elegibilidad.

Devuelva el formulario lleno a: South Florida Regional Transportation Authority en 800 NW 33rd Street, Pompano Beach, FL 33064; o entréguelo en cualquier estación de Tri-Rail a un agente de taquilla; para encontrar las direcciones llame al: 1-800-TRI-RAIL (874-7245), servicios de TDD al 1-800-273-7545, o visite http://www.tri-rail.com/policies/discount_policy.htm

OFFICIAL USE ONLY			
Date Received: _____	Received by: _____ Print Name		
<input type="checkbox"/> New	<input type="checkbox"/> Renewal	Approved by: _____	Date: _____
Processed by: _____	Date: _____	EASY Card # _____	
MM/DD/YYYY			