



Solicitud para el Programa de Tarifas Reducidas

Nombre _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Dirección _____
Calle

Ciudad Código postal

Teléfono _____ Firma _____

Estoy presentando una solicitud para el Programa de Tarifa Reducida por los siguientes motivos:

- Tengo 65 años o más.
- Estoy presentando una prueba de mi condición de veterano.
- Estoy presentando una prueba de mi elegibilidad para los beneficios por Incapacidad del Seguro Social o los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario.
- Estoy presentando una tarjeta válida de Medicare emitida por la Administración del Seguro Social.
- Estoy participando actualmente en un Plan Educativo Individualizado (IEP).
- Estoy presentando una prueba de mi elegibilidad para tarifas reducidas a través de otra agencia de tránsito.
 - Agencia _____
- Tengo un impedimento físico evidente que cumple con uno o más de los criterios del folleto de **Condiciones y Criterios de Elegibilidad Médica**.
- Tengo una discapacidad médica certificada por un médico, psiquiatra, psicólogo (Ph.D.), asistente médico (P.A.), enfermero registrado avanzado (A.R.N.P.) o audiólogo, con licencia en el Estado de Washington.