



LAS TARIFAS REDUCIDAS APLICAN A:

Personas mayores de 65 años (Completar secciones 1 y 2)

Beneficiarios de Medicare (Completar secciones 1 y 3)

Estudiantes Se definen como personas de 12 años o más que están matriculadas en un colegio público, privado o subvencionado de educación media, secundaria o bachillerato, incluyendo los programas de educación en casa (Completar secciones 1, 2 y 4)

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento del solicitante: _____

Dirección del solicitante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono del solicitante: () _____ Correo electrónico del solicitante: _____

Método de comunicación preferido: Teléfono o Correo electrónico

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

SECCIÓN 2: VERIFICACIÓN DE LA TARIFA REDUCIDA POR EDAD

Presente un documento de identidad con fotografía y uno de los siguientes documentos como prueba de edad: (Solo se necesita una identificación adicional si el solicitante no tiene licencia de conducir.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Licencia de conducir | <input type="checkbox"/> Expediente médico de una agencia o consultorio autorizado |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de Arkansas | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento | <i>(Rock Region METRO se reserva el derecho de aceptar o rechazar formas alternativas de prueba de edad).</i> |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de registro de votantes | |

SECCIÓN 3: VERIFICACIÓN DE LA TARIFA REDUCIDA PARA LOS BENEFICIARIOS DE MEDICARE

Presente un documento de identidad con fotografía, su tarjeta de Medicare y/o una de las siguientes formas de identificación. (Solo se necesita una identificación adicional si el solicitante no tiene licencia de conducir).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Licencia de conducir | <input type="checkbox"/> Expediente médico de una agencia o consultorio autorizado |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de Arkansas | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento | <i>(Rock Region METRO se reserva el derecho de aceptar o rechazar formas alternativas de prueba de identificación).</i> |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de registro de votantes | |



SECCIÓN 4: VERIFICACIÓN DE LA TARIFA REDUCIDA PARA ESTUDIANTES

Esta sección debe ser completada por un representante de la escuela.

Yo, _____, certifico que _____ es un estudiante actualmente en _____ y califica para una tarifa reducida de transporte de Rock Region METRO.

Firma autorizada del representante de la escuela: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Título del representante de la escuela: _____

Nombre de la escuela: _____ Número de teléfono de la escuela: () _____

Dirección de la escuela: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico del representante de la escuela: _____

PRESENTAR SOLICITUDES COMPLETAS

a Rock Region METRO River Cities Travel Center, 310 Capitol Ave., Little Rock, AR 72201. En un plazo de cinco días hábiles después de recibir una solicitud completa, METRO informará al solicitante los resultados de su elegibilidad. Si la solicitud es aprobada, el solicitante puede obtener una tarjeta de identificación con fotografía de Ciudadano de Honor o Estudiante en el River Cities Travel Center, 310 Capitol Ave. Contacte al equipo de METRO al 501-375-6717 con cualquier pregunta.

PARA USO DE LA OFICINA

Toda la información de la solicitud ha sido completada por el solicitante y recopilada por METRO.

Firma autorizada del empleado de METRO: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Aprobado Rechazado Fecha de expiración del pase de descuento: ____ / ____ / ____

Tipo de tarifa reducida:

Personas mayores de 65 años Beneficiarios de Medicare Estudiantes

Solicitud recibida

Firma autorizada del empleado de METRO: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Solicitud verificada/aprobada/rechazada

Firma autorizada del empleado de METRO: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Notificación de la decisión al solicitante

Firma autorizada del empleado de METRO: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

