



615 Harrison Street, Flint, MI. 48503. Teléfono: (810) 767-0100

SOLICITUD DE TARJETA DE ELEGIBILIDAD PARA MTA

La información que se indique en este formulario será utilizada por la MTA (Autoridad de Transporte Masivo) en su proceso de certificación. La información solo se compartirá con otros proveedores de transporte para facilitar los viajes en esas áreas, si el solicitante hace el pedido. La información no se proporcionará a ninguna otra persona ni agencia.

1. Apellido _____ Nombre _____ I.M. _____

2. Dirección _____ N.º de apto. _____

Ciudad/Localidad _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento _____

3. Teléfono (casa) _____ Trabajo _____

Teléfono móvil (celular) _____

4. ¿Qué calles principales hay cerca de su casa? _____

5. Rodee con un círculo en qué servicio utilizará su tarjeta Su viaje Tránsito Ambos

6. ¿Tiene una discapacidad física, mental o visual? Sí _____ No _____

Esta solicitud debe estar acompañada por el formulario de verificación que se adjunta.

N.º de tarjeta de elegibilidad: _____ Agencia emisora: _____

N.º de tarjeta de reemplazo _____ Fecha de reemplazo: _____

Revisado el 11/12/15



615 Harrison St., Flint, MI. 48503. Teléfono: (810) 767-0100

Verificación de discapacidad

Por un profesional de la salud o de la agencia

Nombre del solicitante: _____

La persona solicitante que se nombra arriba ha solicitado una tarjeta de elegibilidad para MTA. Este es un sistema que se ha desarrollado para proporcionarles acceso a la movilidad a ciudadanos con discapacidades. La persona antes nombrada indicó una discapacidad cuya naturaleza requeriría utilizar los servicios de la MTA, ya sea ocasional o permanentemente. Sus respuestas a las declaraciones y preguntas siguientes nos ayudarán a determinar cómo podríamos satisfacer mejor las necesidades de transporte de esta persona. Gracias por tomarse un momento para ayudar a la MTA. Lo agradecen enormemente tanto la MTA como la persona solicitante. **Espere al menos 30 minutos para que se procesen los documentos.**

Profesional de la salud o de una agencia: complete todo lo que se solicita debajo de esta línea.

Para proporcionar información adicional, use un **recetario de doctor o papel con membrete de la agencia** y describa la discapacidad de la persona; adjúntelo a esta solicitud y formulario de verificación.

¿Con qué frecuencia esta discapacidad requerirá los servicios de la MTA? (Marque la opción correcta a continuación)

Ocasionalmente: _____ o bien Permanentemente: _____

Nombre en imprenta: _____ Agencia: _____

Firma _____ Fecha: _____

Número de teléfono donde se le puede contactar, de ser necesario: _____