



# FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD BÁSICA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE DESCUENTO DE REGIONAL TRANSIT CONNECTION (RTC)

Este formulario es para: **1.** veterano estadounidense discapacitado, o **2.** titular actual de tarjeta de discapacitado de otra agencia de transporte público, o **3.** alguien que tiene un permiso válido del DMV, o **4.** beneficiario de Medicare. **Todos los demás deben solicitar un formulario de certificación médica, incluidos aquellos que necesitan un asistente.** Los titulares de permisos del DMV deben considerar usar el formulario médico. Para ver una explicación completa de este programa, consulte el Folleto de Tarjetas de Descuento de Regional Transit Connection (RTC).

## Sección 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Escriba claramente)

Nombre \_\_\_\_\_ M  F   
 No binario  Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ N.º de Apt. \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Sección 2. CERTIFICACIÓN de ELEGIBILIDAD

Debe presentar un documento de identificación (ID) válido con fotografía además de los documentos indicados a continuación.

- Veterano discapacitado** Número de reclamo de la VA \_\_\_\_\_  
 Muestre el número de reclamo de la VA documentado al personal de transporte público. La documentación que se acepta incluye tarjeta y carta original con membrete de la VA. Autorizo al Programa de Tarjetas de Descuento de RTC a confirmar mi nombre y clasificación de discapacidad a través de la VA.
- Certificado emitido por otra agencia de transporte público** Nombre de la agencia de transporte público emisora \_\_\_\_\_  
 Ciudad y estado del emisor \_\_\_\_\_  
 Fecha de vencimiento de la certificación \_\_\_\_\_  
 Muestre la tarjeta válida actual al personal de transporte público. Esta opción se considera una tarjeta de cortesía temporal (ver folleto).
- Elegibilidad del permiso para discapacitados del DMV** Permiso para discapacitados o número de matrícula \_\_\_\_\_  
 Muestre un permiso válido del DMV y un recibo de la matrícula válido al personal de transporte público.  
 Autorizo al Programa de Tarjetas de Descuento a confirmar la posesión del permiso y la fecha de vencimiento a través del DMV. (Adjunte recibo de la matrícula).
- Beneficiario de Medicare** N.º de reclamo de Medicare (*no Medi-Cal*) \_\_\_\_\_  
 Muestre la tarjeta de Medicare al personal de transporte público.

Mi método/formato de comunicación preferido es:  Correo Postal de EE. UU.  Braille (enviado por correo)  
 Por correo electrónico

Doy fe de que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que quedaré descalificado para recibir los beneficios del Programa de Tarjetas de Descuento de RTC si cometo fraude o hago una afirmación errónea.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### OFFICE USE ONLY/SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Intake Date/ Fecha de trámite inicial: \_\_\_\_\_ RTC ID/ ID de RTC \_\_\_\_\_ Transit Agency/ Agencia de transporte público \_\_\_\_\_  
 New/Nuevo  Other/Otro \_\_\_\_\_ Frame No/ N.º de cuadro: \_\_\_\_\_