

SOLICITUD DE TARJETA DE REEMPLAZO

Tarjeta de Clipper Access

Esta solicitud es para Aquellas personas que perdieron (incluido el robo) o dañaron su tarjeta de Clipper Access y necesitan reemplazarla.



Hay un costo de solicitud de \$3 para reemplazar su tarjeta de Clipper Access.

- Si paga en efectivo, diríjase a una agencia de transporte público ([visite 511 para conocer las ubicaciones](#)).
- Si paga mediante cheque o giro postal, que sea pagadero a "Clipper Access" y envíe su pago y solicitud por correo a la siguiente dirección:

Clipper Access
PO Box 7006
Stockton, CA 95267

Clipper desactivará su tarjeta de Clipper Access perdida/robada/dañada una vez que se procese su solicitud de reemplazo. Cuando reciba su nueva tarjeta de Clipper Access, comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de Clipper al 877-878-8883 (TDD/TTY: 711) para transferir los fondos de su tarjeta de Clipper Access anterior a la nueva tarjeta.

Información del ayudante: escriba claramente en letra de molde

Nombre completo (obligatorio): _____

Número de identificación de Clipper Access (si lo sabe): _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) (obligatorio): ____ / ____ / ____

Dirección: _____ N.º de departamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Método de comunicación preferido (obligatorio):

Servicio postal de EE. UU. Braille (enviado por correo) Correo electrónico

Lenguaje escrito preferido: Inglés Español Tagalo Chino Otro: _____

Número de teléfono preferido: Teléfono de la casa Celular _____ Adicional: _____

Me gustaría que se envíe mi tarjeta por correo a (obligatorio):

mi dirección que figura arriba una agencia de transporte público para recogerla

(nombre de la agencia de tránsito) _____

Certifico que mi elegibilidad no ha cambiado desde mi última solicitud al Clipper Access. Doy fe de que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Comprendo que el fraude o la declaración errónea de los hechos afectará mi capacidad para recibir los beneficios del Programa Clipper Access. También acuerdo proporcionar información adicional que se pueda solicitar como parte de este proceso.

Firma (obligatorio): _____ **Fecha:** _____