



## Solicitud de Pase de Autobús a Mitad de Precio

Winchester Transit emite pases de autobús a mitad de precio para mayores de 65 años o personas con discapacidad. Por favor proporcione la siguiente información y devuélvala a WinTran Office en 301 East Cork Street, Winchester, VA 22601.

Si usted tiene 65 años de edad o más, complete la Sección 1 **SOLAMENTE** y firme como el solicitante en la última página. Si usted tiene una discapacidad calificada por ADA, por favor complete todas las secciones.

### SECCIÓN 1

Femenino _____ Masculino _____		
Nombre: _____		
Apellido	Nombre	Inicial
Dirección: _____		
Calle	Apartamento. o Edificio #	
_____		
Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección postal si es diferente a la anterior:		
_____		
Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____		
Número de seguridad social: <b>000-00-</b> _____ Fecha de nacimiento: _____		
(Últimos 4 dígitos solamente)		



**SECCIÓN 2**

¿Cuál es la naturaleza de su discapacidad?

---

---

---

¿Su estado es temporal?  Sí  No

En caso afirmativo, indique la duración esperada - hasta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Utiliza alguna ayuda para su movilidad? Marque todo lo que corresponda.

- Ninguna
- Silla de Ruedas Manual
- Bastón(es)
- Andador
- Scooter motorizado (3 ó 4 ruedas)
- Otro \_\_\_\_\_
- Silla de Ruedas Eléctrica
- Muletas
- Animal de Servicio

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

<p><b><u>Sólo para uso interno</u></b></p> <p>Fecha de emisión: _____</p> <p>Aprobado por: _____ Fecha: _____</p> <p>Rechazado por: _____ Fecha: _____</p>
--



### **SECCIÓN 3**

**Si usted tiene una discapacidad calificada por ADA, por favor pida a su profesional de salud, de rehabilitación/vida independiente o a su medico que lea esta solicitud, que dé fe de que toda la información proporcionada es correcta y que firme la siguiente declaración:**

Yo, \_\_\_\_\_ he leído esta información proporcionada por el solicitante arriba indicado y certifico que es exacta. Verifico que el solicitante tiene una discapacidad calificada por ADA y debe tener derecho a obtener la tarjeta de tránsito de discapacidad que le permitirá viajar en autobús a la mitad de precio de la tarifa.

Firma \_\_\_\_\_

Nombre (letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día \_\_\_\_\_--\_\_\_\_\_