Machine Translated by Google

ATRANS

SOLICITUD DEL PROGRAMA MEDIA TARIFA

Complete la solicitud para determinar su elegibilidad para participar en el programa Half-Tare.

También adjunte una copia de su licencia de conducir o tarjeta de identificación de Los Ángeles, certificado de nacimiento, comprobante de discapacidad o tarjeta de Medicare (comprobante de beneficios) y envíela a la siguiente dirección:

Ciudad de Alejandría
ATRANS
Apartado postal 71
Alejandría, LA 71309-0071

Nombre completo _____

DIRECCIÓN _____

Dirección de envio _____

Número de contacto _____

Email opcional) _____

Número de seguro social _____

Fecha de nacimiento _____

Marque con una (x) el criterio que aplique:

Anciano ☐ Desactivado ☐ Seguro médico del estado ☐

Uso exclusivo de oficina

Fecha de recepción de la solicitud: _____ Prueba de identificación proporcionada: Sí___ No___

Tipo de identificación proporcionada: _____

Fecha de aprobación: _____

Aprobado por: _____ _____
Nombre Título