



1255 Imperial Avenue, Suite 1000
San Diego, CA 92101-7490
(619) 231-1466 • FAX (619) 234-3407

SOLICITUD PARA TARIFA REDUCIDA S/D/M Compass Card (FORMULARIO CORTO)

Nota: Si está solicitando una S/D/M Compass Card del Sistema de Tránsito Metropolitano de San Diego (MTS) con una declaración de discapacidad de parte un médico, **DETÉNGASE** y llene la Solicitud para Tarifa Reducida (formulario largo).

Sección A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Favor de Escribir Legiblemente)

Nombre _____ Fec. De Nac. ____/____/____
Apellido Nombre Segundo Nombre/Inicial
Dirección _____ Núm. Apartamento _____
Ciudad _____ Estado _____ ZIP _____ Teléfono. (____) _____

Sección B. TARJETA NUEVA o de REEMPLAZO

- Tarjeta Nueva.** Si nunca ha tenido una S/D/M Compass Card, marque esta caja. El costo es \$7.
- Tarjeta de Reemplazo.** Si ha extraviado, fue robada, o se vencio su S/D/M Compass Card, marque esta casilla. El costo de una tarjeta de reemplazo es \$7 (no incluye protección del balance en tarjetas extraviadas, robadas o vencidas a menos que su Compass Card estuviera registrada).

Sección C. CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Por favor marque su categoría de elegibilidad a continuación. Marque **SÓLO UNA** categoría. Los solicitantes deben presentar un pasaporte válido o identificación válida con fotografía emitida por el estado, además de los documentos que se indicant a continuación.

- Persona mayor (60 años o más)** Solicitantes de 60 años de edad o más deben mostrar una identificación con fotografía y fecha de nacimiento. Las formas aceptables de identificación son: **1.** Licencia estatal para conducir válida; o **2.** Tarjeta de identificación del DMV válida; o **3.** Pasaporte válido.
- Ingresos de Seguridad Suplementaria (SSI) -o- Ingresos del Seguro Social por Incapacidad (SSDI)** Fecha de carta de aprobación: ____/____/____
BNC#:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

REF: _____
El solicitante debe presentar carta de aprobacion **ORIGINAL** del SSI o SSDI (emitida **EN EL ULTIMO AÑO**) al personal de la MTS Transit Store. **NO** se aceptaran fotocopias.
- Elegibilidad cómo discapacitado de acuerdo al DMV** **Número de registro válido de placa DMV:** _____
El solicitante debe presentar registro válido para una placa DMV al personal de MTS Transit Store. **NO** se aceptarán fotocopias o faxes.
- Beneficiario de Medicare** **Tarjeta Medicare (no Medi-Cal)**
El solicitante debe presentar tarjeta válida de Medicare al personal de MTS Transit Store. **NO** se aceptarán fotocopias o faxes.
- Destinatario de MTS Access** **Fecha de vencimiento de al certification MTS Access** ____/____/____
El solicitante debe presentar la certificación original de Access al personal de MTS Transit Store. **NO** se aceptarán fotocopias y faxes.
Al iniciar aquí, autorizo a Metropolitan Transit System a confirmar certificación de Access mediante Medical Transportation Management (MTM).

Seccion D. FIRMA DEL SOLICITANTE

Yo certifico a mi mayor entendimiento que la información en este formulario es correcta y exacta.

Yo certifico que proporcionar datos falsos o erróneos podría resultar en la revocación del mi elegibilidad.

Yo entiendo que debo ya sea: tener 60 años o más de edad; tener una carta válida de aprobación SSI o SSDI; tener una tarjeta de Medicare; tener registro para una placa DMV; o estar recibiendo MTS Access.

Yo entiendo que debo proporcionar esta solicitud completa y firmada, mas la identificación fotográfica estatal o federal requerida que muestre mi elegibilidad para una tarifa reducida en persona para ser considerado para una S/D/M Compass Card. Yo entiendo que hay una tarifa de procesamiento para la tarjeta.

Yo entiendo que la S/D/M Compass Card NO es transferible a otras personas.

Yo entiendo que MTS se reserva el derecho de determinar elegibilidad en base a las pautas federales.

Yo entiendo que la S/D/M Compass Card es válida hasta la fecha impresa en la tarjeta y que debo volver a solicitarla en ese momento si es que deseo continuar mi elegibilidad con el programa.

Yo entiendo que debo tocar mi S/D/M Compass Card en el lector de la caja de tarifas del autobús o validador del Trolley a fin de ser elegible para una tarifa reducida.

Firma

Fecha

(Padre/Tutor Legal debe firmar si el solicitante es menor de 18 años de edad)

Seccion E. REGISTRACIÓN PARA PROTECCION DE BALANCE S/D/M

SI – Registre S/D/M Compass Card para Protección de Balance GRATUITO

Protección de Balance es un programa GRATUITO que reemplaza el balance de un S/D/M Compass Card extraviada, robada, dañada o vencida. DEBE marcar "SÍ" para que la Protección de Balance registre su S/D/M Compass Card.

Entregue la solicitud EN PERSONA a:

**MTS Transit Store
1255 Imperial Avenue – 1er Piso
San Diego, CA 92101**

Cientes con discapacidades:
auditivas

TDD – Condado de San Diego (sur) 619.234.5005
TDD – Condado de San Diego (norte) 1.888.722.4889

Section F. FOR OFFICE USE ONLY (PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA)

Government or State-Issued ID Card

____/____/_____
Expiration Date

Staff Initials

Compass Card No.:
(Please print clearly)

0 1 6 0

____/____/_____
Card Issue Date

____/____/_____
Eligibility Expiration Date