

Tarjeta # _____

Solicitud para el Programa de Transporte

Nombre Legal: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____ Apto. # _____ Ciudad: _____ CP: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Correo Electrónico: _____

Género: Hombre Mujer
Pronombres: _____

Se requiere una copia de Identificación Emitida por el
Estado para
procesar esta solicitud

Veterano: Sí No

Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska
 Asiático
 Raza Negra o Africanoamericano
 Nativo de Hawái o Islas del Pacífico
 Blanco
 Prefiero no decir

Etnicidad:
 Hispano/Latino
 NO Hispano/Latino

¿Cómo se enteró de LINC? _____

¿Necesita acomodaciones para la comunicación? Si así es, ¿qué? (Braille, Letra Grande, Interprete, Subtítulos): _____

Esta sección DEBE completarse y firmarse por un profesional médico, como un médico. Esta sección se aplica a los solicitantes menores de 60 años que tengan una discapacidad.

¿La condición de discapacidad es Permanente o Temporal?

Fecha de Finalización Proyectada (para las discapacidades temporales): _____

Nombre del (de la) Proveedor y Organización: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Como un(a) profesional de atención médica con licencia, certifico que este solicitante tiene una discapacidad que le impide o limita seriamente su habilidad de manejar/conducir.

Firma: _____

Cosas que usted necesita saber:

- Esté preparado para proveerle su Tarjeta de Transporte LINC a su chofer/conductor.
- Su Tarjeta de Transporte LINC se puede usar para pagar parte o todo su viaje (dependiendo de los fondos disponibles en su tarjeta.)
- Proteja su Tarjeta de Transporte LINC como si fuera dinero en efectivo. Los reemplazos requieren mucho tiempo y pueden resultar en una tarifa de reemplazo. Si se pierde o se roban su tarjeta, o si usted se muda o cambia su número de teléfono, por favor póngase en contacto con LINC inmediatamente.