

Aplicación Identificación de Tarifa Reducida



45 Transit Court NW
Concord, NC 28025
www.ckrider.com
704-920-7433
fax 704-920-6900

NOMBRE _____ TELÉFONO _____
DIRECCIÓN _____ CITY, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____
FECHA DE NACIMIENTO _____

Un pasajero puede calificar para una ID de tarifa reducida de una de las siguientes maneras:
(por favor marque la casilla correspondiente)

- VETERANOS** Adjunte una copia de su DD 214 o una copia de su identificación militar actual.
- CIUDADANOS MAYORES (65 años o más) y TITULARES DE TARJETAS DE MEDICARE**
Los adultos mayores deben adjuntar una copia de la licencia de conducir, certificado de nacimiento o cualquier otra forma de identificación emitida por el gobierno que incluya su nombre y fecha de nacimiento. Los titulares de la tarjeta de Medicare deben adjuntar una copia de su tarjeta de Medicare y una copia de una identificación con foto.
- ESTUDIANTES**
Adjunte una copia de una identificación escolar válida y la boleta de calificaciones más reciente o un horario de clases actual. El documento debe tener su nombre y el nombre de las instituciones y la información de contacto.

Exención de responsabilidad de los padres

**Nota*: Como se indica en el sitio web de Rider Concord Kannapolis Area Transit, nuestra política es que todos los niños de 12 a 14 años deben tener una exención de responsabilidad firmada por el padre / tutor legal antes de que se les permita viajar en el vehículo de tránsito sin compañía. La firma del padre / tutor legal se requiere a continuación. No se permitirá que los niños menores de 12 años viajen sin ser acompañados por un adulto.*

Es responsabilidad del padre o tutor legal asegurarse de que este formulario se complete y envíe para todos los niños no acompañados que califican. Este formulario permanecerá archivado en el Centro de Tránsito del Área de Kannapolis de Rider Concord.

Certifico que toda la información es verdadera y correcta. Entiendo que esta tarjeta no es transferible y acepto usar la tarjeta de identificación de acuerdo con el propósito previsto del programa. Se requiere la firma del padre / tutor legal para la exención de responsabilidad. Además, entiendo que esta exención de responsabilidad renuncia a "Rider Concord Kannapolis Area Transit" a cualquier responsabilidad por lesiones u otros incidentes que resulten del transporte de mi hijo sin escolta.

FIRMA

FECHA

CERTIFICACION DEL MEDICO

SI USTED PACIENTE ESTÁ SOLICITANDO UNA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE TARIFA REDUCIDA BASADA EN UNA DISCAPACIDAD, POR FAVOR ENVÍE POR FAX UNA CARTA DE NECESIDAD MÉDICA Y ESTE FORMULARIO AL (704) 920-6900, SOLICITUD DE IDENTIFICACIÓN DE TARIFA REDUCIDA

Certifico bajo pena de perjurio según las leyes del estado de Carolina del Norte que la persona mencionada anteriormente tiene una discapacidad permanente o temporal que le causa dificultades para usar el servicio.

- Permanente**
- Temporal** _____ Fecha de caducidad _____

NOMBRE DEL DOCTOR (IMPRESO)

**** FIRMA DEL DOCTOR O AGENCIA MÉDICA ****

Doctor telefono #

FECHA