



## **TARJETA DE IDENTIFICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE PASE REDUCIDO (HALF PASS PROGRAM)**

### **SOLICITUD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES**

Llene este formulario para solicitar elegibilidad al Programa de Pase Reducido, el cual le permite utilizar el sistema de autobuses de ruta fija pagando la mitad del costo regular de los pases. La solicitud debe ser firmada y enviada por un médico certificado que certifique la existencia de una discapacidad que limite su habilidad para pagar el costo regular de los pases. Toda solicitud que no sea enviada por un médico certificado será devuelta. Pídale a su doctor que envíe la solicitud por correo o fax a:

**The COMET / CMRTA  
Half Pass Program  
3613 Lucius Road  
Columbia, SC 29201**

**Fax: (803) 255-7113**

Al recibir su solicitud, un empleado de The COMET lo contactará para programar una cita en la cual se le tomará una foto y le prepararán la tarjeta de identificación para el Programa de Pase Reducido. Recibirá la tarjeta de identificación al finalizar la cita.

**Por favor, llámenos al (803) 255-7133 ext. 5 de tener alguna pregunta.**



**SOLICITUD PARA LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE PASE REDUCIDO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Un médico certificado debe completar la siguiente sección**

Certifico que la persona mencionada en la sección anterior es o fue mi paciente. Al firmar este documento, certifico la existencia de una discapacidad que limita la habilidad del paciente para pagar el costo regular de los pases. (Por favor, mencione y describa la discapacidad en el espacio provisto.) **NO UTILICE CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO.**

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La discapacidad del solicitante es:

\_\_\_\_ TEMPORERA (HASTA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_)  
Mes Año  
\_\_\_\_ PERMANENTE

\_\_\_\_\_  
Nombre del Doctor (Letra de Molde)

\_\_\_\_\_  
Firma

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

ENVIE LA SOLICITUD S A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

COMET / CMRTA  
Half Fare Program  
3613 Lucius Road  
Columbia, SC 29201

Fax: (803) 225-7113 Teléfono: (803) 255-7133 Ext. 5

<b>COMET OFFICE USE ONLY</b>	
RECEIVED DATE	_____
CARD NUMBER	_____
ISSUE DATE	_____