



PROGRAMA DE MEDIA TARIFA SOLICITUD DE INGRESO



Llene este formulario y devuélvalo con todos los requisitos y documentos requeridos. Escriba en letra de molde o a maquina

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	INICIAL
------------------	------------------	--------	---------

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: F _____ M _____
 (MES/DIA/AÑO)

DIRECCIÓN _____

BARRIO/ URBANIZACIÓN	PUEBLO	ZIP CODE
----------------------	--------	----------

TELÉFONO: () _____ CELULAR: () _____

¿TIENE USTED ALGUN IMPEDIMENTO? SÍ _____ NO _____

SI ES AFIRMATIVO, FAVOR DESCRIBIRLO: _____

¿UTILIZA USTED ALGÚN EQUIPO PARA ASISTIRSE? (EJEMPLOS: AUDÍFONOS, SILLA DE RUEDAS, MULETAS, ETC.)

NO _____ SI _____ ¿CUÁL UTILIZA? _____

FIRMA DEL BENEFICIARIO

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

PARA USO DEL PROGRAMA

NÚMERO IDENTIFICACIÓN _____

NÚMERO DE USUARIO _____

FECHA DE INGRESO _____

FECHA DE EXPIRACIÓN _____

ENVEJECIENTE _____

ENVEJECIENTE CON IMPEDIMENTO _____

Rev. abril 2021

