

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS  
PARA EL PASAJE CON TARIFA REDUCIDA**



\_\_\_\_\_ **Titular de Tarjeta Medicare** — Complete solo la parte superior de la solicitud anexa y adjunte una copia de su tarjeta Medicare.

\_\_\_\_\_ **65 años o mayores** — Complete solo la parte superior de la solicitud anexa y adjunte una copia de su tarjeta Medicare, o certificado de prueba de edad.

\_\_\_\_\_ **Tarjeta relacionada con el Servicio de Veteranos.** Complete solo la parte superior de la solicitud anexa, y adjunte una copia de la tarjeta del Servicio de Veteranos.

-----  
\_\_\_\_\_ **Discapacitado** - Mi discapacidad puede ser verificada por un profesional – Marque abajo en la casilla correspondiente y complete la solicitud anexa en su totalidad.

Mi solicitud fue completada por:

- Un proveedor de servicios médicos registrado o certificado
- Un representante de Cumberland County Mental Health
- Un representante de Rehabilitación Vocacional
- Otro \_\_\_\_\_