



# Solicitud de Ciudadano Honorable

Oficina de boletos de TriMet: 701 SW 6th Avenue, Portland, OR 97204  
503-962-2455 • [accessible@trimet.org](mailto:accessible@trimet.org)  
Horario: Lunes–Viernes 8:30 a.m.–5:30 p.m.

Para utilizar la tarifa de Ciudadano Honorable, una persona debe presentar alguno de los siguientes documentos cuando el personal de TriMet lo solicite: Identificación con fotografía que compruebe que tiene 65 años de edad o más, una tarjeta roja, blanca y azul de Medicare con Identificación de fotografía, o una tarjeta de Identificación con Fotografía de Ciudadano Honorable de TriMet-emitada después de completado este formulario. La aplicación debe ser presentada en persona junto con una identificación con fotografía emitida por el gobierno. Requiere fotografía tomada por TriMet.

## Información del solicitante (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)

**Nombre:** \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre

**Dirección de correo:** \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado Código postal

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Número telefónico:** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ **Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_

### Estoy aplicando para una Tarjeta de Identificación de Ciudadano Honorable de TriMet.

- Esta es mi primera tarjeta de identificación La aplicación debe de ser presentada en persona, requiere una fotografía tomada por TriMet.
- Necesito una tarjeta de identificación de reemplazo; Mi tarjeta se extravió, fue robada o se dañó. Se requiere un pago de \$5.
- Necesito renovar mi tarjeta vencida. Se requiere un pago de \$5 si se renueva una tarjeta que fue emitida para un máximo de hasta 12 meses. La aplicación debe ser presentada en persona, requiere una fotografía tomada por TriMet.

### Estoy aplicando para un Pase de Ciudadano Honorable de TriMet para Bus del Centro de la Ciudad de Portland

- Se requiere un pago de \$10 Para detalles, la descripción del programa está disponible en [trimet.org/hc](http://trimet.org/hc) o en la oficina de boletos de TriMet.

☛ Nota: Cargo a pagar en efectivo, cheque, giro postal, o tarjeta de crédito/débito.

## Sección de certificación de elegibilidad (Seleccione solamente uno de los siguientes cuadros)

<input type="checkbox"/> <b>Certificación del proveedor de cuidado de la salud</b>	Para calificar bajo este tipo de elegibilidad usted debe llenar la <b>sección de certificación del proveedor de cuidado de la salud</b> al reverso. Por favor regrese esta aplicación dentro del plazo de <b>30 días</b> a partir de la fecha en que fue completada por el proveedor de cuidado de la salud.
<input type="checkbox"/> <b>Seguro Social</b>	Adjuntar verificación de beneficio a esta aplicación.
<input type="checkbox"/> <b>Agencia certificada</b>	Requiere estampilla de verificación emitida por TriMet en el <b>reverso</b> .
<input type="checkbox"/> <b>Persona mayor (65+)</b>	65 años de edad o mayor. Debe presentar identificación con fotografía emitida por el gobierno.
<input type="checkbox"/> <b>Veterano discapacitado</b>	Adjuntar documentación de la administración de veteranos (VA) a esta aplicación.
<input type="checkbox"/> <b>Identificación de visitante</b>	Máximo de 30 días. El visitante debe mostrar la tarjeta de identificación emitida por la Agencia de Transporte para calificar. Ciudad y estado de la agencia _____
<input type="checkbox"/> <b>Tarjeta de Medicare</b>	Para calificar, presentar la tarjeta de Medicare y la identificación con fotografía emitida por el gobierno.

Acepto dar a conocer la información que estoy enviando a TriMet con el propósito de realizar esta aplicación para una tarjeta de identificación de Ciudadano Honorable. Certifico que la información que proporciono sobre mi aplicación es verdadera y correcta. Entiendo que TriMet se reserva el derecho de exigir prueba de discapacidad además de este formulario. Si aplico para el Pase de Bus del Centro de la Ciudad de Portland/Tarjeta de Identificación de Ciudadano Honorable, acepto acatar los términos de la descripción del programa y la tarjeta de identificación con fotografía. Doy mi consentimiento a TriMet o a una Agencia Administrativa Designada por TriMet\*\*, para tomar y retener una copia de mi fotografía. **TriMet no aceptará una fotocopia o fax de este formulario.**

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Health care provider certification section / Sección de certificación del proveedor de cuidado de la salud:**

This form is used for Individuals with permanent or temporary disabilities. This also includes individuals who may need an attendant to ride TriMet service. / Este formulario es para individuos con discapacidades temporales o permanentes. También incluye individuos que necesitan un asistente para utilizar el servicio de TriMet.

**Comunicado del paciente/solicitante**

Yo autorizo a: \_\_\_\_\_ verificar mi discapacidad si así lo exige Trimet.  
(Nombre del proveedor de cuidado de la salud certificado y/o autorizado\*)

Firma del paciente/solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**To be completed by licensed health care provider\*** (see below)

Applicant's name: \_\_\_\_\_

Applicant's date of birth: \_\_\_\_\_

Health care provider's name: \_\_\_\_\_

Title: \_\_\_\_\_

State certification or license #: \_\_\_\_\_

Telephone number: \_\_\_\_\_

Email address: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TriMet issued Agency stamp**

HERE

Agency representative's signature \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_ hereby certify that I have examined the patient listed above and  
(Name of certified and/or licensed health care provider\*)

it is my opinion that he/she is disabled due to illness, congenital malfunction or other incapacity that substantially limits one or more major life functions.

Disability is:

Permanent

Temporary (defined as impairment lasting not more than 12 months). Duration is \_\_\_\_\_ months.

yes  no Does the described disability necessitate that the applicant have an attendant to ride TriMet service?

**SPECIFIC** description of disability (Please print **LEGIBLY** and provide sufficient detail) or attach description on official letterhead form:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I certify that the above is correct and that I am legally certified and/or licensed in my state as a Healthcare Provider.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Customer Service staff may contact you for verification.

Completed application and health care provider certification may be mailed to the TriMet Ticket Office, 701 SW 6th Avenue, Portland, OR 97204  
503-962-2455 • [accessible@trimet.org](mailto:accessible@trimet.org) • [trimet.org/hc](http://trimet.org/hc)

\*Médico, Asistente de Médico, Trabajador social autorizado de clínica, CADC (Consejero de alcohol y drogas certificado), QMHP (Profesional calificado de salud mental), enfermero(a) registrado(a), o Asesor certificado por la Junta de Certificación de Asesores de Adicción de Oregon (ACCBO).

\*\*Con el propósito de simplificar la administración del Programa de Ciudadano Honorable, las agencias de servicio social u otras organizaciones que están interesadas en procesar aplicaciones de tarjetas de Ciudadano Honorable de TriMet para sus clientes pueden ser seleccionadas, a la discreción de TriMet, para operar como una "Agencia Administrativa Designada."