

MUNICIPIO AUTÓNOMO DE CAGUAS

DEPARTAMENTO DE MOVILIDAD CIUDADANA

SOLICITUD DE TRANSPORTACIÓN PROGRAMA PARATRÁNSITO

Número de Solicitud:

Fecha:

PERSONA QUE SOLICITA SERVICIOS:		
FECHA DE SOLICITUD DE SERVICIO:		
<b>DATOS PERSONALES DEL CIUDADANO</b>		
NOMBRE Y APELLIDO:		
TELEFONO RESIDENCIAL:	TEL CEL:	SOCIAL: XXX-XX-
DIRECCION RESIDENCIAL:		
DIRECCION POSTAL:		
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	
ESTADO CIVIL:	SEXO:	
VIAJARÁ CON ASISTENTE DE CUIDADO PERSONAL (PCA): SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
NOMBRE Y APELLIDOS DE ASISTENTE PERSONAL:		
RAMPA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
DEBERÁ PRESENTAR IDENTIFICACIÓN CON FOTO, FACTURA DE AGUA O DE LUZ Y EVIDENCIA POR LO CUAL NO PUEDE UTILIZAR EL TRANSPORTE DE RUTA FIJA EN SUS PROPIAS CIRCUNSTANCIAS		

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

- Favor de completar toda la solicitud.
- Puede hacer entrega de esta solicitud en la Oficina del Departamento de Movilidad Ciudadana ubicada en la Calle Ruiz Belvis, #19, Caguas. Como opción, puede enviarla a través del siguiente correo electrónico:  
[Servicios.Movilidad@caguas.gov.pr](mailto:Servicios.Movilidad@caguas.gov.pr)
- Se le notificará por escrito de Ser o No elegible para este Programa.
- Llenar esta solicitud no es la confirmación de que la misma será aprobada.

