



Solicitud para Tarjeta DC One

Información del Solicitante				
Nombre		Apellido		Segundo Nombre Sufijo
Dirección	Apto./Unidad	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento		Genero		Tipo de DC One Card de Interés
____/____/_____ Mes Día Año		<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino		<input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Smart Trip-enabled <input type="radio"/> Reemplazo
Ultimo 4 dígitos de No. Seguro Social (opcional)		Numero de teléfono		Correo Electrónico
XXX-XX- - - - - -		()		_____@_____
Información de identidad (refiérase la pagina en reversa para ver los documentos de identificación aceptables)			Tipo de Documento	
			Autoridad que Emite	
			Numero de Documento	
			Fecha que Vence	
Si solicita un re emplazo de tarjeta o corrección, por favor marque todo lo aplicable				
<input type="radio"/> Cambio de Nombre <input type="radio"/> Perdida <input type="radio"/> Robada <input type="radio"/> Dañada <input type="radio"/> Otra razón				
Certificación del Solicitante				
<p>Cualquier persona que usa un nombre falso o dirección y cualquier declaración falsa está violando la ley del Distrito y es sujeto a una multa máxima de \$1,000 o 180 días en prisión o ambas penas. (D.C. Código #22-2405).</p> <p>Yo certifico bajo pena de perjurio, que la información en esta solicitud es verdadera y correcta.</p> <p>Firma: _____</p> <input type="radio"/> Solicitante <input type="radio"/> Pariente o Supervisor (para menores de 18 años)				
Fecha: -----				
Solo para Pariente/Supervisor Entregue prueba de su relación con el menor de edad (Refiera a la página en reversa para ver los documentos aceptables)			Tipo de Documento	
			Autoridad que Emite	
			Numero de Documento y Fecha Emitida	
Para Uso de las Autoridades				
Prueba de Identidad:			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Identificación--Fecha Valida				
Represéntate Servicio al Cliente				
Comentarios Adicionales			ST#	
Pruebas de Domicilio (no obligatorio)				