



REGISTRO DE SMARTRIP PARA MENORES
Restringido para los residentes del Condado de Montgomery, menores de 18 años
DEBE LLENAR TODO EL FORMULARIO

PARA IMPRIMIR:

- Tarjeta nueva Reemplazar tarjeta

Nombre del Niño (nombre, inicial, apellido): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Teléfono: (CÍRCULE UNO DE LOS DOS: CASA O TRABAJO): (____) _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy): _____

Elija tres de estas preguntas de seguridad y proveer las respuestas (de 20 letras o menos) abajo.

Enumere sus preguntas para que correspondan con sus respuestas:

- | | |
|--|--|
| ____ ¿Qué marca era su primer vehículo? | ____ ¿Cuál es el nombre de su abuelo? |
| ____ ¿Cuál es su personaje de caricaturas favorito? | ____ ¿Quién era el ídolo de su infancia? |
| ____ ¿Cuál es el título de su libro favorito? | ____ ¿Cuál es el nombre de su maestro favorito? |
| ____ ¿Cuál es el segundo nombre de su padre? | ____ ¿Cuál era su apodo de la niñez? |
| ____ ¿Cuál es el nombre de su mascota favorita? | ____ ¿Cuál es el nombre de su abuela? |
| ____ ¿Cuál es el nombre de su mejor amigo de la infancia? | ____ ¿Cuál era la mascota en las escuela secundaria? |
| ____ ¿Cómo se llamaba su primer animal de peluche? | ____ ¿En qué ciudad se conocieron su madre y su padre? |

1. _____ 2. _____ 3. _____

Por favor llene este formulario ubicado encima de la caja y traigalo a cualquiera de las instalaciones de distribucion de tarjetas @ <https://www.montgomerycountymd.gov/DOT-Transit/fares/youth-cruiser.html> Mirar #4 para la lista en la pagina web.

Esta información **pueden** usar los programas de RIDE ON actuales o **en el futuro**. RIDE ON divulgará la información de acuerdo con las leyes aplicables o para fines de cumplimiento con la ley. RIDE ON no compartirá ni venderá esta información para ningún otro **propósito**. Si desea más información, llame al 1-888-SMARTRIP (762-7874) (TTY 240-773-3556) o envíe un mensaje de correo electrónico a smartrip@wmata.com o mtacharmcard@mtamaryland.com

POR FAVOR IMPRIMA/PLEASE PRINT
FOR SALES AGENT USE ONLY

Agency (Check one):

School _____ TRiPS–Silver Spring; TRiPS-Friendship Heights; Division of Treasury- Rockville.

Student must present proof of age: birth certificate, passport or State issued ID

ID VERIFIED BY: _____ DATE: _____

SALES/SCHOOL LOCATION: _____ PHONE: _____

Fax: 240-777-5881

Email: faremedia.sales@montgomerycountymd.gov