



# WALK IN SENIOR CITIZEN APPLICATION

Customer Name: \_\_\_\_\_ Account Number: \_\_\_\_\_

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

These discounts and walk in services are authorized for persons **65 years or older**. If you qualify and wish to receive the discount, please provide the information below and return as instructed at the bottom of the page.

Driver License Number: \_\_\_\_\_

**(You must include a copy of your driver license or another form of I.D. that confirms your age eligibility.)**

Birthdate: MM/DD/YY \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

## Senior Discount

- I certify that I am eligible for walk-in service because I am 65 years of age or older and meet **all** the following criteria:
  - \* *I live in a single-family residence*
  - \* *The service account is in my name*
  - \* *A medical practitioner has determined that I am physically unable to place solid waste containers at the curb for collection.*
  - \* *No Able-bodied person under 65 years of age is on the premises*

***I declare under penalty of perjury that the information I have provided on this application is true and correct.***

**Customer's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_**

Benefiting senior citizens or their agents must notify \_\_\_\_\_ when they no longer qualify for senior discount.

**This application may be emailed back to**

\_\_\_\_\_

*If your application is approved your discount will be reflected on your next billing statement. No retroactive credits will be issued.*

**OFFICE USE ONLY:**

- Approved
- Denied

Date: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

Rate: \_\_\_\_\_

Approved by: \_\_\_\_\_

Documents Received
<input type="checkbox"/> Driver's License
<input type="checkbox"/> Birth Certificate
<input type="checkbox"/> Passport
<input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> Medical Practitioner Statement
<input type="checkbox"/> Affidavit Certifying No Able Bodied



## Solicitud de Servicio a Domicilio al Ciudadano Mayor

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Dirección de servicio: \_\_\_\_\_

Estos descuentos y servicios de servicio a domicilio están autorizados para personas de **65 años o más**. Si califica y desea recibir el descuento, proporcione la información a continuación y devuélvalo como se indica en la parte inferior de la página.

Numero de licencia: \_\_\_\_\_

**(Debe incluir una copia de su licencia de conducir u otra forma de identificación que confirma su edad de elegibilidad.)**

Fecha de nacimiento: MM/DD/AA \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Descuento de Mayores

Certifico que soy elegible para el servicio sin cita porque tengo 65 años o más y cumplo con todos los siguientes criterios:

- Vivo en una residencia unifamiliar
- La cuenta de servicio está a mi nombre
- Un médico ha determinado que físicamente no puedo colocar contenedores de desechos sólidos en la acera para su recolección.
- Ninguna persona sin discapacidad menor de 65 años se encuentra en las instalaciones

***Declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta.***

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Las personas mayores beneficiarias o sus agentes deben notificar a \_\_\_\_\_ cuando ya no califiquen para el descuento para personas mayores.

**Esta solicitud puede enviarse por correo electrónico o enviarse por correo postal a \_\_\_\_\_**

*Si se aprueba su solicitud, su descuento se reflejará en su próximo estado de cuenta. No se emitirán créditos retroactivos.*

**OFFICE USE ONLY:**

- Approved
- Denied

Date: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

Rate: \_\_\_\_\_

Approved by: \_\_\_\_\_

**Documents Received**

- Driver's License
- Birth Certificate
- Passport
- Other
- Medical Practitioner Statement
- Affidavit Certifying No Able Bodied