



City of San José  
 200 E Santa Clara St, 11<sup>th</sup> Floor  
 San Jose, CA 95113

**SOLICITUD DE TARIFA REDUCIDA POR EXONERACION MEDICA (MERRA)**

SECCION 1 INFORMACION DEL SOLICITANTE		CITY USE ONLY		
Nombre del solicitante y dirección del servicio:	<b>Cambio en la dirección postal o en el nombre</b>	Account Number:		
		Case Number:		
		Denied By:	Approved by	
		Date	Date	
Teléfono durante el día:  (        )	Teléfono del proveedor de atención  (        )	Cancel by		
Nombre del condominio o conjunto residencial	Nombre del parque de casas móviles (incluir dirección y número de espacio)	Date		
SECTION 2 INFORMACION DEL RECIPIENTE		LAS TARIFAS MERRA SE APLICAN SOLO A RECIPIENTES DE 64 GALONES O MAS GRANDES		
<b>Escoja el tamaño del recipiente:</b> Marque la casilla apropiada para escoger el recipiente <b>Nota: Se requiere la autorización del dueño para recipiente de mayor tamaño y debe escribir las iniciales más abajo:</b>  Yo _____, autorizo que se hagan los cambios a mi factura de servicios- Número de cuenta _____  <b>Marque las iniciales</b> _____	<b>Tamaño de recipiente- marcar uno</b>	<b>Tamaño de recipiente</b>	<b>Tarifa regular</b>	<b>Tarifa reducida</b>
		64 galones	\$55.00	\$27.50
		96 galones	\$82.50	\$55.00
		128 galones	\$110.00	\$82.50
		160 galones	\$137.50	\$110.00
		192 galones	\$165.00	\$137.50
		224 galones	\$192.50	\$165.00
<b>1</b>	<b>← Marque aquí</b> <b>Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que el certificado médico se usará para verificar mi estado de salud actual y será válido durante tres años. MERRA es sólo para el solicitante y no es transferible a nuevos residentes.</b>	<b>2</b>	Firma del solicitante Fecha	
SECCION 3 CERTIFICACION DEL MEDICO				
Yo, el suscrito, por la presente certifico que soy un médico autorizado a ejercer la medicina en el estado de California.				
Por lo tanto certifico que _____ es mi paciente y que esta persona tiene una condición de salud que ocasiona la generación de una cantidad considerable de desechos médicos.				
Nombre en letra imprenta		Dirección del consultorio y número de teléfono		
Firma del médico  Fecha		Número de Licencia		