



## APLICACIÓN DIAL-A-RIDE

**Instrucciones:** Complete la página #1 si tiene al menos 55 años de edad. Si tiene entre 18 y 54 años y está certificado como discapacitado por la Administración del Seguro Social, complete las páginas #1 y #2.

**Cargo mensual por servicio de \$5**

**Documentos Requeridos:** Identificación válida. o tarjeta de residente o pasaporte de EE. UU. y factura de servicios públicos (últimos 6 meses) y cheque de caja o giro postal pagadero a la ciudad de Compton.

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

**POR FAVOR, ESCRIBA o IMPRIMA**

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_  
Dirección Apartamento/Unidad #

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tipo de Residencia:  Casa/Apt  Hogar para Jubilados / Mayores (ver más abajo)  Albergue y cuidado

Nombre de la Residencia de Jubilados/Personas Mayores \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA

Tengo al menos 55 años de edad O estoy certificado como discapacitado por la Administración del Seguro Social: Sí No

Siempre utilizo:  Caminante  Silla de ruedas manual  Silla de ruedas eléctrica  Animal de servicio

A veces utilizo:  Caminante  Silla de ruedas manual  Silla de ruedas eléctrica  Animal de servicio

Tengo:  Problemas cognitivos  Discapacidad auditiva  Dificultad para comunicarse

Utilizo un acompañante personal:  Siempre  A veces  Nunca

Hablo:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (LISTA DOS)

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO/RECONOCIMIENTO

Yo, la persona abajo firmante, entiendo que he elegido participar voluntariamente en el Programa Dial-A-Ride bajo mi propio riesgo. Al participar en el Programa Dial-A-Ride, yo, mis herederos, albaceas y representantes, por la presente libero, descargo, cedo y renuncio a la Ciudad de Compton, sus funcionarios y empleados y agentes, de todos y cada uno de los reclamos, demandas, responsabilidades, causas de acción y daños que surjan de este programa o resulten de él. Entiendo que la actividad anterior está patrocinada por el Departamento de Ingeniería de Obras Públicas. Además, indemnizo y eximo de responsabilidad a la Ciudad, sus funcionarios, funcionarios, empleados y agentes de todas y cada una de las reclamaciones que surjan de o sean incidentes con mi participación en el programa. **He tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta sobre este formulario llamando a Dial-A-Ride Services al: (310) 605-6224.** Entiendo que este formulario que se me proporciona contiene el acuerdo completo entre las partes relacionadas con mi participación en Dial-A-Ride.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## APLICACIÓN DIAL-A-RIDE

**Instrucciones:** Complete la página #1 si tiene al menos 55 años de edad. Si tiene entre 18 y 54 años y está certificado como discapacitado por la Administración del Seguro Social, complete las páginas #1 y #2.

**Cargo mensual por servicio de \$5**

**Documentos Requeridos:** Identificación válida. o tarjeta de residente o pasaporte de EE. UU. y factura de servicios públicos (últimos 6 meses) y cheque de caja o giro postal pagadero a la ciudad de Compton.

### EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD (VERIFICACIÓN MÉDICA)

(Requerido para solicitantes menores de 55 años)

**Por favor, imprima**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Indique si la(s) discapacidad(es) prohíbe(n) que el solicitante suba y baje en el transporte público regular:**

#### DURACIÓN Y GRADO DE LAS DISCAPACIDADES

La discapacidad es:  Permanente  Temporal

Si es temporal, indique la duración de la discapacidad:

1-2  2-4 meses  4-6 meses (se requiere re-verificación después de 6 meses)

### INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Número de Licencia Médica: \_\_\_\_\_

Dirección del negocio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

*Por la presente certifico que soy un médico con licencia del estado de California, tengo conocimiento de este solicitante y recomiendo que el solicitante esté certificado para usar el Dial-A-Ride de la ciudad de Compton debido a la discapacidad antes mencionada que impide que el solicitante use los servicios de tránsito regular*

Firma del medico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Comuníquese al (310) 605-6224 si tiene alguna pregunta sobre este formulario**