

CIUDAD DE DOWNEY DIAL-A-RIDE SOLICITUD: PARTE 1



Someta lo siguiente para procesar su asociación a DIAL-A-RIDE:

- ▶ Completar y firmar la solicitud—Parte 1
- ▶ Copia de identificación con su fecha de nacimiento y dirección residencial
- ▶ Verificación del Médico: Parte 2 de la Solicitud (Sólo si menor de 65)

SI USTED ES MENOR DE 65 AÑOS USTED DEBE HACER SU MÉDICO COMPLETAR LA SECCIÓN DE VERIFICACIÓN DEL MÉDICO SOBRE LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PÁGINA.

FAVOR DE ESCRIBIR A MANO O MÁQUINA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Hombre Mujer

Dirección: _____ Ciudad: Downey Código Postal: _____ Apt. #: _____

Tipo de Residencia: Individual Retiro/Casa de Mayores Bordo y Cuidado

Teléfono/Casa: (____) _____ Celular: (____) _____

Correo Electrónico: _____

Nombre de la Instalación de Vivienda: _____ Teléfono (____) _____

Mi edad: Tengo 65 años o más Tengo menos de 65 años de edad (con discapacidad)

Estoy legalmente ciego: Sí No

Yo siempre uso: Andador Silla de ruedas manual Silla de ruedas eléctrica Animal de servicio

A veces uso: Andador Silla de ruedas manual Silla de ruedas eléctrica Animal de servicio

Tengo: Problemas cognitivos Discapacidad Auditiva Dificultad Comunicativa

Requiero un acompañante autoproporcionada: Siempre A veces (acompañante condicional) Nunca

Otro _____

Yo Hablo: Inglés Español Chino Japonés Otro _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto 1: _____

Contacto 2: _____

Relación: _____

Relación: _____

Teléfono/Casa: (____) _____

Teléfono/Casa: (____) _____

Celular: (____) _____

Celular: (____) _____

Negocio: (____) _____

Negocio: (____) _____

Correo Electrónico: _____

Correo Electrónico: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO / RECONOCIMIENTO

Yo, el firmante de abajo, entiendo que he decidido participar voluntariamente en el programa Dial-A-Ride bajo mi propio riesgo. Participando en el Programa de DIAL-A-RIDE, yo, mis herederos, ejecutores, y representantes, realmente por lo presente liberamos, descargamos, renunciamos y cederemos a la Ciudad de Downey, sus oficiales y, empleados y agentes, de alguno y todas las reclamaciones, demandas, responsabilidad, causas de acción y daño provenir que surja de o siendo el resultado de este programa. Entiendo que la susodicha actividad es patrocinada por el Departamento de Servicios Comunitarios y que el transporte sera sólo en vehiculos correctamente asegurados y autorizados. Adelante indemnizo y sostengo inocuo la Ciudad, sus funcionarios, oficiales, empleados y agentes de cualquier y todo reclamo que surja de o incidente a mi participación en el programa.

He tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta sobre esta forma llamando al (562) 904-7215 y entiendo que esta forma y el folleto proporcionado a mí contienen el acuerdo entero entre los partidos relacionados con mi participación en el Programa de DIAL-A-RIDE.

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe por correo o entregar su aplicación a: Downey DIAL-A-RIDE, 8150 Nance Street, Downey, CA



**CIUDAD DE DOWNEY
DIAL-A-RIDE
SOLICITUD: PARTE 2
VERIFICACIÓN DEL MÉDICO**

(Sólo se requiere para los solicitantes menores de 65 años de edad)

Esta sección debe ser completada por un médico autorizado de California

EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD: FAVOR DE ESCRIBIR A MANO O MÁQUINA

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Indique una o más de las siguientes discapacidades que prohíben al solicitante subir y bajar del transportaion público regular:

- Legalmente Ciego Enfermedad de Riñón Discapacidades del Desarrollo
- Deterioro de clase III o clase de tipo VI, enfermedad cardiovascular según definido por la Asociación Americana del Corazón.
- Sufre de una enfermedad pulmonar de tal manera que el volumen de fuerza medido respiratoria durante un segundo es menos de 1 litro o la tensión arterial de oxígeno es menos de 60mm/Hg el aire de la habitación en reposo.
- Otras Discapacidades— Explique en detalle: _____

DURACIÓN Y GRADO DE DISCAPACIDAD

La discapacidad es: Permanente Temporal

Si es temporal, por favor, indique la duración de la discapacidad:

- 1—2 meses 2—4 meses 4—6 meses (*Despues de 6 meses, la re-verificación del médico es requerido.)

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre del Médico: _____ Número de Licencia: _____

Dirección del Negocio: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: (____) _____

Por este medio certifico que soy un médico autorizado del Estado de California, tengo el conocimiento de este solicitante, y recomiendo que se certifique que el solicitante use el DIAL-A-RIDE de la Ciudad de Downey debido a la discapacidad ya mencionada que impide al solicitante usar servicios de tránsito regulares. (Ejemplo: Metro, DowneyLINK, etc.)

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Por favor, conteste todas las preguntas rellenoando líneas en blanco y control de todas las casillas que corresponden a la aplicación.

Si usted tiene alguna pregunta, llame a la oficina de administración DIAL-A-RIDE al (562) 904-7215.

**Envíe por correo o entregar su aplicación a:
Downey DIAL-A-RIDE, 8150 Nance Street, Downey, CA 90241**