

# 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**