

Taft Area Transit Aplicación de Dial-A-Ride

Por favor, mande la aplicación con una fotocopia de alguna identificación:

Attn: ADA Coordinator
City of Taft – Taft Area Transit
209 E. Kern Street
Taft, California 93268

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección de casa: _____

Dirección de correo (si diferente que dirección de casa) _____

Teléfono (Día) () _____ Teléfono (Noche) () _____

Sexo: Hombre Mujer

*¿Es usted mayor de 60 años de edad?

Sí No

*¿Tiene usted alguna incapacidad?

Sí No

TTY/TTD (Oído Deterioro)

Sí No

*Mande una fotocopia de alguna identificación con la forma.

Marca todo lo que aplique cuando ésta viajando:

- Depende de una silla de ruedas
¿Es de motor la silla? Sí No
- Otra forma de movilidad con motor
- Necesita un perro de guía
- Usa un bordón o muletas para andar
- Usa un tanque del oxígeno
- Necesita un asistente personal del cuidado:
Nombre de asistente: _____

¿Usted necesita tener la información y materiales proporcionados a usted en cualesquiera de las formas siguientes? (marca todo lo que aplique)

- Ampliación de tipo
 Cinta audio

Proporcione el nombre y teléfono de alguien que podemos entrar en contacto con en el acontecimiento de una emergencia.

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono (Día) () _____ Teléfono (Noche) () _____

SOLAMENTE COMPLETA ESTA SECCIÓN SI USTED TIENE UNA INCAPACIDAD

Esta sección debe ser llenada por un doctor solamente.

Physician's Name: _____ Phone () _____

Address: _____ License #: _____

What type of disability does the applicant have? (check all that apply)

- Physical Disability Mental Illness
 Visual Impairment Other: _____
 Developmental Disability None

Is the applicant's disability: Temporary Permanent

If temporary, what is the estimated date disability will end? : ____/____/____

I certify the eligibility information contained in this document is accurate and true.

_____/_____/_____
Physician's Signature Date

SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA (OFFICE USE ONLY)

- Approved: Permanent/Senior
 Temporary (until) date: ____/____/____
 Denied

By: _____
Date: ____/____/____