



CITY OF ARVIN

21 de octubre Del 2013

MAYOR
Jose Flores

MAYOR PRO TEM
Antionette Pichardo

COUNCIL MEMBERS
Steven Ojeda
Jose Gurrrola, Jr.
Lupe Vasquez

Residente: Mayor de Edad (60 años) y ADA; (American with Disabilities Act)

El transporte de la ciudad de Arvin, le quiere informar que el servicio de puerta – a – puerta, (Dial – A – Ride Service) cambiara comenzando el LUNES, 18 DE noviembre del 2013, tenemos un nuevo sistema que se llama Route Match, es un sistema que los va a ayudar asegurar el servicio y el tiempo efectivo y más conveniente para su viaje. El servicio de puerta – a – puerta, (Dial – A – Ride Service) es solamente para las personas que son mayor de 60 años y para personas que tienen una incapacidad, y los que ya tienen una forma de ADA- (American with Disabilities Act) y los que califican con una propia aplicación de ADA.

El servicio de puerta – a – puerta (Dial – A – Ride Service) es solamente en la ciudad de Arvin, durante las horas de servicio de las 7:30 de la mañana hasta las 3:30 de la tarde. Si gusta ir para Lamont, por favor de hablar un día antes; durante las horas de servicio, para que tengamos su domicilio en la lista para la ruta de Lamont.

Ahora que ya tenemos una mejor y más eficiente manera para su servicio de puerta – a – puerta (Dial – A- Ride Service); POR FAVOR DE TENER LA SIGIENTE INFORMACION EN MANO cada vez que hables a reservar el autobús.

1. Darnos su PRIMER NOMBRE Y APELLIDO
2. Su DOMICILIO EXACTO adónde VIVE
3. EL DOMICILIO EXACTO adonde gustaría IR
4. LA HORA en que gustaría reservar para recoger y LA HORA en que gustaría que vayamos por usted para regresar
5. CUANTAS PERSONAS van a ir con usted. (incluir las personas de ayuda o perro de guía)
6. Por favor de decir si va a tener una silla de ruedas o una silla de motor, cuando hable a ser su reservación o cita.

EL CONDUCTOR NO PUEDE ACEPTAR O CAMBIAR O CANCELAR SU RESERVACION O CITA PARA ADONDE PIDIO EL AUTOBUS. Si necesita que cambiar su cita o reservación. POR FAVOR de hablar a la oficina a para hacer su cambio cuarenta-cinco minutos (45 min) en avanzado.

Reservas hechas el mismo día se van a basar en el espacio disponible y tiempo disponible. Por favor de hablar treinta minutos (30 min.) en avanzado para reservar su viaje. Primer en hablar, primer en servir.

Anote el servicio para la ciudad cada treinta minutos (30 min) todavía estará en servicio Lunes a Viernes de las 7:00 de la mañana hasta las 4:30 de la tarde, y el servicio para Lamont todavía está en servicio.

Si gusta más información en sobre de estos cambios o información de aplicación de ADA (American with Disabilities Act) por favor de hablar a nuestra oficina (661) 854-3139.

Gracias,
Departamento de Transito de la Ciudad de Arvin

Arvin Transit Dial - A - Ride Application Form

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

Attn: ADA Coordinator

Departamento de Transito de la ciudad de Arvin

165 Plumtree Drive

Arvin, California 93203

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

Dirección de casa: _____

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

Teléfono (Día) () _____ Teléfono (Noche) () _____ Sexo: [] Mujer [] Hombre

*Es usted mayor de 60 años de edad? *Tiene usted alguna incapacidad?
[] Si [] No [] Si [] No TTY/TTD (Odio Deterioro)
[] Si [] No

Mande una fotocopia de alguna identificación conforma

Marca todo lo que apliqué cuando va a viajar: [] Depende de una silla de rúelas? Es de moto la silla? [] Si [] No [] Otra forma de movilidad con motor [] Usa un bardón o muletas para andar [] Necesita un asistente personal del cuidado [] Necesita un perro del agua [] Usa un tanque de oxigeno	Usted necesita tener la información y materiales proporcionados a usted en cualesquiera de formas siguientes? (marca todo lo que aplique) [] Ampliación de tipo [] Cinta audio [] Braille
--	---

Proporcioné 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 SECCION SI TIENE UNA INCAPACIDAD

Esta sección debe ser llenado por un doctor solamente.

Physician's Name: _____ Phone Number: () _____

Address: _____ License #: _____

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Physical Disability | <input type="checkbox"/> Mental Illness |
| <input type="checkbox"/> Visual Impairment | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Developmental Disability | <input type="checkbox"/> None |

Is the applicant's disability [] Permanent [] Temporary
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

OFFICE USE ONLY

- [] APPROVED - Senior / Permanent
[] Temporary (until) date ____/____/____
[] Denied

Received By: _____
Approved By: _____
Date Received