

Arvin Transit Dial - A -Ride Application Form

Por favor, mande la aplicación con una fotocopia de alguna identificación a:
Departamento de Transito de la ciudad de Arvin
Attn: ADA Coordinator
165 Plumtree Drive Arvin, California 93203
Telephono: (661) 854-3139 Numero de Fax: (661) 854-0847

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 de california.

<p>Marca todo lo que apliqué cuando va a viajar:</p> <p><input type="checkbox"/> Depende de una silla de rúelas? <i>Es de moto la silla?</i> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Otra forma de movilidad con motor</p> <p><input type="checkbox"/> Usa un bardón o muletas para andar</p> <p><input type="checkbox"/> Necesita un asistente personal del cuidado</p> <p><input type="checkbox"/> Necesita un perro del agüia</p> <p><input type="checkbox"/> Usa un tanque de oxigeno</p>	<p>Usted necesita tener la información y materiales proporcionados a usted en cualesquiera de formas siguientes? (marca todo lo que aplique)</p> <p><input type="checkbox"/> Ampliación de tipo</p>
---	---

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 Y NO ES MAYOR DE 65 ANOS

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 checked="" 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

- Temporary (until) date ____/____/____
- Denied: Reason Why?: _____
- APPROVED - SENIOR / PERMANENT

Received By: _____

Approved By: _____

Date Received: _____

Date Received Transit ID Card: _____

For Dial - A -Ride information call (661) 854-3139