

TRI DELTA TRANSIT

Eastern Contra Costa Transit Authority
801 Wilbur Avenue • Antioch, California 94509
Phone 925.754.6622 Fax 925.757.2530

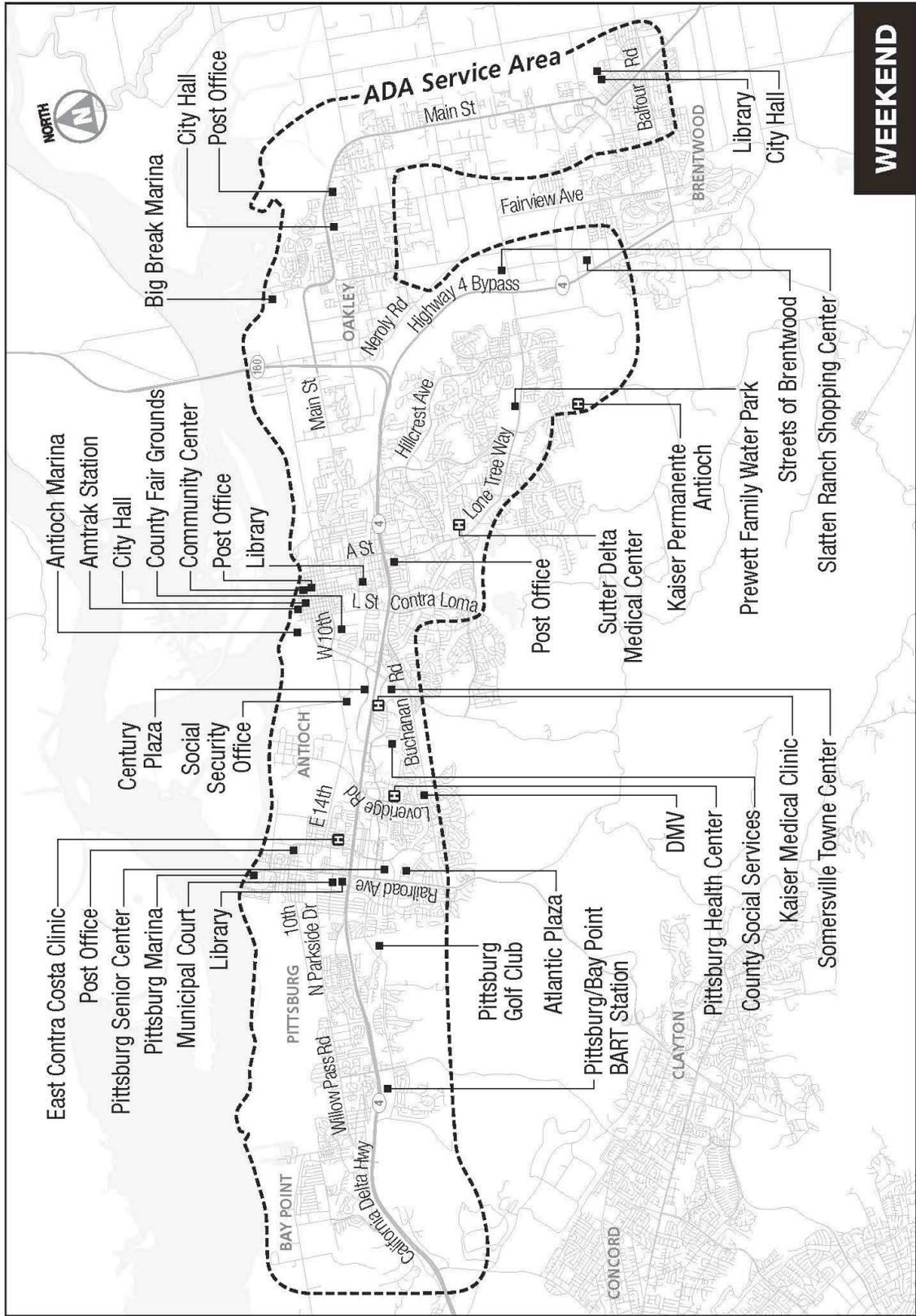
Información importante sobre servicio de paratransito para personas mayores (65 años o más)

- Para participar del servicio de paratransito para personas mayores, usted debe tener 65 años o más
- El servicio de paratransito para personas mayores está limitado solamente al area de servicio de Tri Delta Transit en el Este del Condado de Contra Costa (favor de ver mapa al reverso)
- El servicio de paratransito para personas mayores opera en éste horario:

Lunes-Viernes	6:30am hasta 5:30pm
Sábado	10:00am hasta 5:30 pm
Domingos/Dias Feriados	No hay servicio
- Todos los viajes están sujetos a disponibilidad. Los viajes no se garantizan

- Si necesita ayuda con el proceso de solicitud, llame al (925) 754-6622.
- Toda la información que usted provea en su solicitud se mantendrá estrictamente confidencial.

PARATRANSIT AREA



WEEKEND

**Solicitud de servicio paratransito para personas mayores
(65 años o más). Por favor escriba en letra de imprenta.**

Nombre (primero, segundo, apellido): _____

Dirección: _____ Apt. # _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Dirección postal (si es diferente de la anterior): _____

_____ Apt. # _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono (cell): (____) _____ **TDD/TTY:** (____) _____

Teléfono (casa): (____) _____ **Teléfono celular:** (____) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Mujer Hombre

Idioma principal (marque uno): Inglés Otro (especifique) _____

Si necesita que le enviemos cualquier información por escrito en un formato accesible, por favor indique el formato que prefiere:

CD Audiocasete Braille Letra grande

Otro _____

En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar?

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono (día): (____) _____ **Teléfono (noche):** (____) _____

Si hay una emergencia médica, ¿dónde quieres que ser transportado?

Hospital: _____ **Ciudad:** _____

Certificación del solicitante

Yo certifico que la información en esta solicitud es **verdadera y correcta**. Entiendo que falsificar la información intencionalmente dará como resultado la negación del servicio. Entiendo que toda la información será manejada de forma confidencial, y que solo la información necesaria para proporcionar los servicios que solicito será revelada a aquellos que prestan los servicios.

Entiendo que puede ser necesario contactar a un profesional familiarizado con mis capacidades funcionales para utilizar el transporte público, con el fin de ayudar en la determinación de mi elegibilidad.

Firme aquí:

Firma del solicitante _____ Fecha _____

¿Lo ayudó alguien a llenar este formulario? Sí No

Si contestó "Sí", Nombre: _____ Teléfono: (____) _____

Relación: _____

Por favor tenga en cuenta que: Es su responsabilidad avisarnos si su discapacidad mejora lo suficiente como para cambiar el estado de su elegibilidad. Si su condición mejora después de haber recibido la determinación de elegibilidad o nosotros descubrimos que usted presentó información falsa, su elegibilidad será suspendida o se le puede pedir que presente una solicitud nueva.

Responsabilidad del usuario de paratrásito

Tri Delta Transit está comprometida a brindar a nuestros clientes un servicio seguro y fiable. La cooperación y el apoyo de nuestros clientes es muy importante para mantener este nivel de servicio. Por ese motivo hemos adoptado las siguientes reglas.

Yo, _____ comprendo que es mi responsabilidad, o la de mi apoderado o conservador, informar a Tri Delta Transit si ocurre un cambio en cualquiera de los siguientes datos mientras estoy registrado en el servicio paratrásito de Tri Delta Transit:

- Mi nombre, dirección o número de teléfono
- Nombre o número de teléfono de mi contacto en caso de emergencia
- Tipo de dispositivo de movilidad
- Cambio(s) en mi condición física o mental
- Necesidad de un asistente de cuidado personal

Yo me comunicaré inmediatamente con paratrásito de Tri Delta Transit cuando ocurra algún cambio para que ellos actualicen mi expediente de usuario.

Firma

Fecha

Nota: todas las tres páginas de esta solicitud deberán permanecer unidos. Si la solicitud se recibe sin las tres páginas, se considera incompleta.