

**PLACER TRANSPORTE DE VIAJES ASISTENCIA PROGRAMA
JINETE SOLICITUD Y EXENCIÓN
(530) 382-0391**

Gracias por su interés en el programa de asistencia de transporte Placer Rides. Por favor, complete, firme y envíe esta solicitud a través de:

Enviar correo a:

Enviar correo electrónico a: Info@PlacerRides.org

Atención : Placer Rides
Apartado de correos 556
Roseville, CA 95678

Sección 1: Contacto Información

Nombre (nombre y apellido): _____

Dirección _____
_____ completa del domicilio _____

Dirección postal (si es diferente): _____

_____ Número de teléfono: _____

Número de celular: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Privilegiado Método de Comunicación : ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico ☐ Postal Correo

Nombre del contacto de emergencia (nombre y apellido): _____

Relación con el participante: _____

Emergencia Contacto Número de teléfono : _____

Contacto de emergencia Correo electrónico: _____

Privilegiado Método de Comunicación : ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico ☐ Postal Correo

Cómo hizo tú escuchar acerca de Placer ¿Atracciones?

- ☐ Programa de Información, Educación y Capacitación sobre el Transporte Público de South Placer
- ☐ Transporte público de Roseville
- ☐ Transporte de Auburn
- ☐ Transporte del condado de Placer
- ☐ Los mayores primero (teléfono, sitio web, folleto)
- ☐ Difusión y participación del programa Placer Rides (presentaciones, sitio web, folleto)

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE TRANSPORTE PLACER RIDES
SOLICITUD DE CONDUCTOR**

☐ Otro, por favor especifique:_____

Sección 2: Elegibilidad

El programa de asistencia de transporte Placer Rides está abierto a los residentes del condado de Placer que sean personas mayores, tengan alguna discapacidad o sean de bajos ingresos y tengan dificultades para conseguir otro medio de transporte. opciones. Por favor respuesta el siguiente preguntas exactamente. Personas mayores Primero personal podrá solicitar documentación de respaldo para las solicitudes de elegibilidad.

Hacer tú tener a ¿discapacidad? ☐ Sí ☐ No (por favor controlar todo eso aplicar)

- ☐ Visual Deterioro ☐ Discurso Deterioro ☐ Cognitivo Deterioro ☐ Discapacidad auditiva
- ☐ Físico Discapacidad ☐ Otro (describir): _____

¿Recibe tratamientos médicos frecuentes para una afección médica crónica que mejora su calidad de vida? ☐

No aplica ☐ Diálisis ☐ Quimioterapia ☐ Fisioterapia ☐ Otros: _____

¿Qué dispositivos de movilidad/médicos o asistencia necesita/utiliza? (Marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Manual Silla de ruedas Scooter ☐ Andador ☐ Silla de ruedas eléctrica ☐ 3-4 Con ruedas
- ☐ Caña ☐ Portátil Oxígeno ☐ Caña blanca ☐ Servicio Animal ☐ Personal
- ☐ Cuidado Asistente ☐ Ninguno

Por favor indicar cualquier asistencia programas tú actualmente matriculado en: (por favor controlar eso aplicar)

- ☐ Médico ☐ En Hogar Apoyo Servicios (IHSS) ☐ California Fresco ☐ Proyecto Ir ☐ Ninguno
- ☐ Veteranos: Ayuda y Asistencia ☐ Comidas en Ruedas ☐ Vivir en Subvencionado Alojamiento
- ☐ Otros programas basados en los ingresos: _____

Hacer tú ¿conducir? ☐ Sí ☐ No

lo has tú poseer un ¿auto? ☐ Sí ☐ No

Por qué son tú solicitud para Placer ¿Atracciones? (por favor describir y controlar todo eso aplicar)

- ☐ I No más extenso conducir ☐ Nadie que me lleve
- ☐ I no tener a coche/no puede financieramente poder pagar un vehículo ☐ No poder poder pagar transporte en comunidad
- ☐ No público autobús servicio cerca a mi hogar área o destino
- ☐ Mi físico limitaciones no permitir a mí a usar público transporte
- ☐ Mi médico/esencial viajes son afuera de el local área

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE TRANSPORTE PLACER RIDES
SOLICITUD DE CONDUCTOR**

☐ Otro: _____

En el pasado seis meses, cómo muchos básico equipo (médico, tienda de comestibles compras ¿Has faltado a citas (incluidas citas con servicios sociales) por falta de transporte?

☐ Ninguno ☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ 7-10 ☐ 11-15 ☐ Más que 15

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE TRANSPORTE PLACER RIDES
SOLICITUD DE CONDUCTOR**

Demográfico información: ☐ rechazar a estado

Mis ingresos brutos son: _____ ☐ rechazar a estado

Hacer tú vivir ¿Sola? ☐ Sí ☐ No ☐ rechazar para declarar

Sexo al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ rechazar para declarar

Identidad de género : ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero de hombre a mujer ☐ Transgénero Femenino al hombre ☐ negarse a declarar

Etnia: ☐ Caucásico ☐ Negro/afroamericano ☐ Hispano /latino ☐ asiático/isleño del Pacífico
☐ Americano Indio/Alaskeño Nativo ☐ Dos o más ☐ Otro ☐ rechazar para declarar

Nacionalidad: (por favor, compruebe todo eso aplicar) ☐ negarse a declarar

caucásico definido como ☐ Estadounidense ☐ Canadiense ☐ Europeo ☐ Medio Oriental ☐ Del norte africano

☐ Sudafricano ☐ australiano ☐ Otro _____

Negro/afroamericano definido como ☐ Este Africano ☐ África Occidental ☐ Central
África n ☐ caribe

☐ Otro _____

Hispano/Latino definido como ☐ Mexicano ☐ cubano ☐ Puertorriqueño ☐ Central
Americano

☐ Sudamericano ☐ Español (de España) ☐ Otro _____

asiático/isleño del Pacífico definido como ☐ asiático India ☐ Camboyano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ japonés

☐ coreano ☐ Laosiano ☐ vietnamita ☐ guameño ☐ hawaiano ☐ samoano ☐ Otro _____

Grupos nativos definidos como ☐ Nativo de Alaska ☐ Mexicano-americano ☐ Indio americano ☐ Otro

Notas:

Sección 3: Proceso de dar un título y Exención

I tener revisado este solicitud y dar fe eso él es preciso y verdadero a el mejor de mi conocimiento. Entiendo eso sabiendas falsificando el información en este solicitud voluntad resultado en Denegación de los servicios de Placer Rides. I entender que Atracciones Placer personal puede pedido prueba de información o documentos de elegibilidad y negativa a proporcionar prueba al pedido resultará en mi denegación o elegibilidad continua para los servicios. I entender eso el información I proporcionar voluntad ser tratado como confidencial y voluntad solo ser usado a determinar mi inicial elegibilidad y continuado elegibilidad para el programa. I aceptar a Notificar a Placer Rides personal de cualquier cambios a el información incluido en este solicitud.

I tener revisado el Placer atracciones programa políticas. I entender eso Placer atracciones es a asistencia de transporte programa y eso participantes son requerido a seguro su propio conductor. I entender eso los conductores son no empleados o voluntarios de MOVE Stanislaus Transportation (MOVE) o Occidental Placer Transporte consolidado Agencia de Servicios (WPCTSA) y I entender eso el Placer atracciones programa y es fondos fuentes hacer no asumir cualquier responsabilidad para mi personal elección de conductor, ni cualquier seguro responsabilidad. I entender eso Placer atracciones La política exige participantes a pagar reembolsos, una vez recibió, a su conductores. I entender eso solicitudes para reembolso voluntad ser honrado sujeto a disponibilidad de fondos y eso si fondos son no disponible, No se podrá realizar el pago .

I entender eso, por mi firma abajo, I aceptar a para siempre renunciar, liberar, y descargar Placer Atracciones, MOVER y WPCTSA de cualquier y todo reclamos, pérdidas y responsabilidades para daños y perjuicios para muerte, personal lesión, o propiedad daño cual I puede tener, o cual lo sucesivo acumularse a a mí, contra Placer Rides, MOVER, WPCTSA, y cualquier individuos y agencias OMS financiar este Programa (Entidades financiadoras), como a resultado de mi participación en el Programa. Este liberar es destinado a descargar Placer Rides, MOVER, WPCTSA, y Fondos Entidades, su oficiales, funcionarios, directores, agentes, empleados, y voluntarios de cualquier y todo reclamos, pérdidas, y pasivo (incluido costos y honorarios de abogados) surgiendo afuera de o conectado en cualquier forma con mi participación en el Programa, incluso si eso responsabilidad puede surgir afuera de el negligencia o descuido en el parte de personas o entidades mencionado arriba. I comprender mejor eso accidentes y lesiones poder surgir afuera de el Programa y por equitación en a motor vehículo, y saber el riesgos, sin embargo, I por la presente aceptar a asumir todo riesgos y a liberar y a sostener inofensivo, defender y indemnizar, todo de el personas, agencias, y entidades mencionado arriba de quién (por negligencia) o descuido) podría de lo contrario ser responsable a a mí, o mi herederos o asigna, para daños y perjuicios. Él es más comprendido y acordado eso este exención, liberar, y suposición de riesgo es a ser vinculante en mis herederos y cesionarios.

Firma de Solicitante: _____ Fecha: _____

Si alguien otro que el partícipe tiene terminado este solicitud, el siguiente información debe se proporcionará:

Firma del representante : _____ Fecha : _____

_____ Nombre impreso del

representante: _____

Relación con el participante: _____

Correo electrónico : _____ Teléfono : _____

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE TRANSPORTE PLACER RIDES
SOLICITUD DE CONDUCTOR**

Son tú Fuerza de ¿Abogado? ☐ Sí ☐ No

si Sí, por favor proporcionar a Copiar de el documentación.