

Aplicación Para Santa Ynez Valley Transit Dial-A-Ride

Por favor envíe la aplicación con una copia de su identificación proporcionado por el estado a:

Attn: ADA Coordinator
Santa Ynez Valley Transit
431 Second St., Suite 9
Solvang, California 93463

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

Dirección de hogar: _____

Dirección de Correo (si es diferente de su hogar) _____

Teléfono de Día () _____ Teléfono de Noche () _____ Género: ☐ Hombre ☐ Mujer

¿Eres mayor de 60 años de edad?

☐ Sí ☐ No

¿Eres discapacitado? ☐ Sí ☐ No

Por favor envíe una copia de su identificación proporcionado por el Estado.

TTY/TTD

(deficientes auditivos)

☐ Sí ☐ No

Por favor indica cuales aplican cuando viajando:

☐ Limitado a silla de ruedas

Si limitado a silla de ruedas, ¿es motorizado?

☐ Sí

☐ No

☐ Uso de bastón, andador, o muletas

☐ Asistente personal

☐ Animal de servicio

☐ Tanque de oxígeno

¿Se necesita tener la información y los materiales proporcionados a usted en cualquiera de las siguientes formas? (indica todas cuales aplican)

☐ Letra grande

☐ Audio

☐ Otro: _____

Por favor proporciona el nombre y número de teléfono de alguien quien podemos contactar en evento de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

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

SOLAMENTE COMPLETA ESTA SECCION SI TIENES UN DISCAPACIDAD

Esta sección debe ser completada solamente por el médico del solicitante.

Physician Name: _____ Telephone () _____

Address: _____

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 that disability will end: ____/____/____

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

_____/_____/____

Physician's Signature

Date

SOLAMENTE POR USO DE LA OFICINA

☐ Approved: Permanent/Senior

☐ Temporary (until) date: ____/____/____

☐ Denied

By: _____

Date: ____/____/____

Para información de Dial-A-Ride llame al (805) 688-5452