



사우스패서디나 시
커뮤니티 서비스 부
시니어 센터

DIAL-A-RIDE 프로그램

1102 Oxley Street, South Pasadena, CA 91030
(626) 403-7368 DAR@southpasadenaca.gov

신청서를 작성하고 서명과 날짜를 기입하여 위의 주소로 우편 또는 직접 제출해 주시기 바랍니다.

DIAL-A-RIDE 프로그램 신청서

성명: _____ 출생일: _____ 여 남
(이름) (성)

주소: _____ South Pasadena, CA 91030
도로명 아파트 동호수

전화 번호: _____ 휴대폰 번호: _____

이메일 주소: _____

사우스패서디나 주민이십니까? 예 아니오 55 세 이상이신가요? 예 아니오

55 세 미만인 경우 장애가 있나요? 예 아니오

주의: 55 세 미만의 장애인 신청자는 의사 진단서가 필요합니다.

사용하시는 장비: 지팡이 보행기 서비스 동물 휠체어(유형):
 기타 (자세히 설명해 주세요)

이동 시 개인 도우미/간병인이 동행하나요? 예 아니오
성명: _____ 전화 번호: _____

언덕이나 좁은 도로, 골목이 있는 지역에 거주하시나요? 예 아니오
자세히 설명해 주세요: _____

*담당자가 승인 전에 현장 확인을 통해 DAR 차량의 접근성을 확인할 수 있습니다.

비상 연락처

1 차 연락처: _____ 관계: _____ 전화 번호: _____

2 차 연락처: _____ 관계: _____ 전화 번호: _____

담당의사: _____ 관계: _____ 전화 번호: _____

운전기사는 요금 변경이 불가능함을 미리 양지하시기 바랍니다. Dial-A-Ride(DAR) 요금은 편도 여행당 \$.50(왕복 \$1.00)입니다. 보호자/간병인에게는 요금이 부과되지 않습니다. 등록된 도우미 동물만 버스에 탑승할 수 있습니다. 전화번호, 비상 연락처 또는 주치의가 변경될 경우 사무실로 알려주시기 바랍니다. 프로그램 참가 자격은 만 55 세 이상이며 사우스 패서디나 주민이어야 합니다. 신청자가 55 세 미만인 경우 의사 소견서가 필요합니다.

서명: _____ 날짜: _____

사무실 전용란
접수일: _____ 승인여부: 예 아니오 리뷰 이니셜: _____
승인 통지서 전송 _____ 탑승권 카드 발송: _____
코멘트: _____ 갱신일: 10/24/22