



**Ciudad Pasadena del Sur**  
**Departamento de Servicios Comunitarios**  
**CENTRO PARA PERSONAS MAYORES**  
**PROGRAMA DIAL-A-RIDE**  
**1102 Oxley Street, Pasadena del Sur, CA 91030**  
**(626) 403-7368 [DAR@southpasadenaca.gov](mailto:DAR@southpasadenaca.gov)**

*Completar, firmar y fechar la solicitud. Enviar por correo o entregar en mano a la dirección indicada arriba*

**SOLICITUD DEL PROGRAMA DIAL-A-RIDE**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **FEMENINO**  **MASCULINO**   
 (Primer nombre) (Apellido)

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **Pasadena del Sur, CA 91030**  
 Calle Nro. de apartamento

**NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO CELULAR:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_

**¿ES USTED RESIDENTE DE PASADENA DEL SUR? SÍ**  **NO**  **¿TIENE 55 AÑOS O MÁS? SÍ**  **NO**

**SI TIENE MENOS DE 55 AÑOS, ¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD? SÍ**  **NO**

*Tenga en cuenta: Se requiere una carta del médico para solicitantes discapacitados menores de 55 años.*

**¿UTILIZA UN:**  **BASTÓN**  **CAMINADOR**  **ANIMAL DE SERVICIO**  **SILLA DE RUEDAS (tipo):**  
 **OTRO** (Explicar)

**¿LO ACOMPAÑARÁ UN ASISTENTE PERSONAL/CUIDADOR EN LOS VIAJES? SÍ**  **NO**   
**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**¿VIVE EN UNA ZONA CON COLINAS O CALLES ESTRECHAS/CALLES SIN SALIDA? SÍ**  **NO**

**EXPLICAR:** \_\_\_\_\_  
*\*EL PERSONAL PODRÁ REALIZAR UNA VERIFICACIÓN SOBRE EL TERRENO ANTES DE LA APROBACIÓN PARA DETERMINAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS VEHÍCULOS DAR*

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

**CONTACTO PRINCIPAL:** \_\_\_\_\_ **VÍNCULO:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**CONTACTO SECUNDARIO:** \_\_\_\_\_ **VÍNCULO:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**MÉDICO:** \_\_\_\_\_ **VÍNCULO:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

*Tenga en cuenta que los conductores NO podrán modificar su tarifa. La tarifa de Dial-A-Ride es de \$0,50 por viaje de ida (\$1,00 de ida y vuelta). No se cobrará ninguna tarifa por asistente/cuidador. Solo se admiten en el autobús animales lazarillo registrados. Notificar a la oficina sobre cualquier cambio con los números de teléfono, contacto de emergencia o médico. Los solicitantes deben tener 55 años o más y deben ser residentes de Pasadena del Sur para calificar y participar en el programa. Si el solicitante es menor de 55 años, se requiere una carta del médico.*

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA**

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ ¿Aprobado? S N Revisión inicial: \_\_\_\_\_  
 Carta de aprobación enviada \_\_\_\_\_ Tarjeta de pasajero enviada: \_\_\_\_\_  
 Comentarios: \_\_\_\_\_ Actualizado: 24/10/22