

# CITY OF GLENDORA

## MINI-BUS

*Pride of the Foothills*

### FORMULARIO DE SOLICITUD SUPLEMENTARIA PARA DIAL-A-RIDE

Enviar por correo o llevar la solicitud a:  
Glendora Transportation Center  
410 E. Dalton Avenue, Glendora, CA 91741

AVISO: La aprobación de la solicitud puede tardar hasta una semana después de recibirla en nuestras oficinas.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Por favor, describa su discapacidad y cómo le impide usar los servicios de transporte público regular:

---

---

---

Mi discapacidad es:  Permanente  Temporal—Duración de la discapacidad: \_\_\_\_\_ mes(es)  
 No estoy seguro

Uso los siguientes dispositivos de movilidad:  Andador  Silla de ruedas  Bastón  Escúter

Otro (Por favor, explicar): \_\_\_\_\_

¿Viaja con un asistente de cuidado personal (PCA)?  No  Sí  A veces

Tipo de asistencia que presta el asistente:  Física  Cognitiva  Ambas

¿Cómo viaja ahora?  Bus  Taxi  Alguien me lleva  Otro: \_\_\_\_\_

¿Cambia su discapacidad de un día para otro de modo que le dificulta usar el transporte público?

No  Sí (Por favor, explicar): \_\_\_\_\_

¿Ha usado alguna vez transporte público sin ayuda anteriormente?  No  Sí

¿Puede encontrar las rutas de transporte público apropiadas para llevar a cabo su viaje?

Sí  No (Por favor, explicar): \_\_\_\_\_

¿Puede llegar sin ayuda a una parada de transporte público?

Sí  No (Por favor, explicar): \_\_\_\_\_

¿Puede cambiar de una ruta de transporte público a otra sin ayuda para llegar a su lugar de destino?

Sí  No (Por favor, explicar): \_\_\_\_\_

¿Puede subirse y bajarse de un autobús de ruta fija si hay un mecanismo elevador o una rampa?

Sí  No (Por favor, explicar): \_\_\_\_\_

¿Ha recibido capacitación sobre viajes o movilidad para ayudarle a entender y usar el transporte público?

Sí  No

¿Desea explicar alguna cosa más sobre su discapacidad que le impida usar el transporte público sin ayuda?

---

---

---

FIRMA DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**ESTA SECCIÓN DEBE LLENARLA SU MÉDICO:**

Información del médico

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del consultorio/hospital: \_\_\_\_\_

Domicilio comercial: \_\_\_\_\_

**Por favor, describa qué impide que el solicitante use el servicio de transporte regular:**

---

---

---

CERTIFICO QUE SOY MÉDICO DEBIDAMENTE ACREDITADO EN EL ESTADO DE CALIFORNIA, CONOZCO A LA PERSONA SOLICITANTE Y RECOMIENDO QUE SEA APROBADA PARA USAR EL SERVICIO DIAL-A-RIDE DE GLENDORA.

FIRMA DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

---

**ASEGÚRESE DE LLENAR TODOS LOS CAMPOS DE DATOS PARA QUE NO HAYA RETRASOS EN LA TRAMITACIÓN DE SU SOLICITUD. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, NO DUDE EN LLAMAR A LA DIVISIÓN DE TRANSPORTE AL (626) 852-4814.**