



INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Debe tener 70 años de edad o más, o al menos 18 años y estar certificado por East Bay Paratransit para convertirse en miembro. Por favor envíe todos los documentos de respaldo requeridos junto con su solicitud:

Adjunte comprobante de fecha de nacimiento y residencia en Alameda (documento de identidad o licencia de conducir)

Proporcione el número de certificación de East Bay Paratransit, la fecha de vencimiento y una copia de la certificación, si corresponde

Nombre:

Nombre

Apellido

Inicial del segundo nombre

Género

Fecha de nacimiento: MM/DD/AA

MM/DD/AA

Dirección completa:

Dirección de la calle

Apto. #

Alameda

Código postal

Teléfono celular:

Teléfono alternativo:

Correo electrónico:

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre completo:

Relación:

Teléfono móvil:

Teléfono alternativo:

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Está usted certificado con East Bay Paratransit (EBP)? SI NO

Si está certificado por EBP, adjunte una copia de la carta de certificación e indique el número de cliente de EBP: _____

Si necesita que un asistente viaje con usted, proporcione su nombre: _____

¿Has utilizado Lyft o Uber antes? SI NO

¿Utiliza alguno de los siguientes dispositivos de ayuda para la movilidad o equipos especializados? (Marque todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Andador con ruedas | <input type="checkbox"/> Dispositivos/tableros de |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> comunicación para |
| <input type="checkbox"/> Muletas Tanque de oxígeno | <input type="checkbox"/> Respirador de oxígeno | <input type="checkbox"/> animales de servicio para |
| <input type="checkbox"/> portátil | <input type="checkbox"/> portátil Otro: _____ | <input type="checkbox"/> sillas de ruedas plegables |

¿Es posible trasladarse de un dispositivo(s) de ayuda para la movilidad a un vehículo sin asistencia? SI NO

¿Es necesario utilizar un ascensor para embarcar? SI NO

Enumere las condiciones que afectan la movilidad: _____

Entiendo que para participar en este programa debo enviar una tarjeta de crédito, débito o prepago a Eden I&R, Inc. Esta información de la tarjeta se envía inmediatamente a Authorize.net, una empresa de VISA, donde se cargará \$0,01 a la tarjeta. Este cargo crea un token único que permite la autorización de cargos futuros cuando completa un viaje y elimina la necesidad de que Eden I&R Inc. o Authorize.net guarden la información de su tarjeta.
 Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que falsificar información a sabiendas dará como resultado la denegación del servicio. Autorizo a la Ciudad a que se comunique conmigo sobre mi experiencia con el servicio de paratransito y a que verifique mi inscripción en East Bay Paratransit. Entiendo que la información de mi solicitud se mantendrá confidencial; solo se divulgará bajo cualquier circunstancia la información necesaria para brindar el servicio o verificar la calidad del servicio.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Firma del asistente (si corresponde): _____

Fecha: _____

AUN NO A TERMINADO...



Las preguntas demográficas tienen como objetivo garantizar que las personas tengan acceso equitativo a los servicios de la ciudad. Su respuesta no afectará su aceptación en el programa.

1.1. Identifique su raza/etnia:

- Afroamericano
- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Filipino
- Hispano o latino
- Isleño del Pacífico
- Blanco
- Otro: _____
- Negarse a declarar

1.2. Verifique el idioma principal que se utiliza en su hogar:

- Inglés
- Español
- Cantonés
- Filipino o Tagalo
- Vietnamita
- Árabe
- Mandarín
- Lengua de señas americana
- Otro : _____
- Negarse a declarar

1.3. ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

1.4. ¿Vive usted en un centro de vivienda? SI NO

1. En caso afirmativo, nombre de la instalación:

1.5. Por favor, verifique su grupo de ingresos familiares anuales:

- \$0 - \$35,500
- \$35,001 - \$59,200
- \$59,201 - \$74,000
- \$74,001 - \$89,750
- \$89,751 +
- Rechazo a declarar

1.6. ¿Recibe usted alguna de las siguientes formas de asistencia para ingresos o beneficios? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Programa de asistencia en efectivo para inmigrantes
- programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Asistencia general (GA)
- CalWorks
- Medi-Cal o Medi-Care
- Ninguno
- No quiero responder

1.7. Si necesita que en el futuro le proporcionemos información en un formato accesible, indique en qué formato:

- Letra grande
- Braille
- Otros: _____

1.8. ¿Es usted propietario o alquila su vivienda?

- Propio
- Renta
- Vivir con familia

Comuníquese con el Coordinador de Paratransito al (510) 747-7513 si tiene alguna pregunta.



Uso exclusivo del personal:

Revised 3/2025

Processed in CityData: Y N Photo ID Attached: Y N Card Photo Taken: Y N

Received by: _____ (Initials) Date: _____ Mailed or In Person (Circle) Entered in CDS: Y Date: _____ N/A