Aplicación

Envié a: Empire Transportation
8800 Park Street
Bellflower, CA 90706

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____/_____/ _____
Domicilio/Teléfono: _____
_____

¿Mayor de 60 años de edad? ☐ **SI** ☐ **NO**
¿Tiene usted alguna incapacidad? ☐ **SI** ☐ **NO**

Por favor envíe una copia de su tarjeta de identificación del Estado. Si su tarjeta no tiene su dirección actual proporcione prueba de su dirección.

Indique todo lo que apliqué:
☐ **Usa silla de ruedas** ☐ **Necesita un ayudante**
☐ **Usa bastón/andador** ☐ **Problemas de visión**
☐ **Otra:** _____

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFIQUEN A:
Nombre: _____
Relación: _____
Domicilio/Teléfono: _____
_____

Asumo responsabilidad completa y no culpare al Condado de Los Angeles por mi seguridad y bienestar antes de ir a bordo y después de salir del vehículo.

Firma:_____**Fecha:** __/__/ ___

SI ES MENOR DE 60 AÑOS, SU DOCTOR DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Physician's name: _____
License #: _____
Phone #: _____
Is the applicant Disabled? ☐ **YES** ☐ **NO**
Length: ☐ **Permanently** ☐ **Until:** __/_____

I certify that the eligibility information contained in this document is true and correct.
Physician Sign: _____

For Office Use Only: ☐ **Approved** ☐ **Denied**
By: _____**Date:** _____

For Information and Reservations call:
Empire Transportation: 1(800) 439-0439
For a Supervisor: (562) 529-2676 ext. 166

WHO CAN RIDE?

Seniors (60+) and persons with disabilities who reside within the unincorporated County areas surrounding the Cities of *Covina, West Covina, and La Puente* (map on back cover). The vehicles are wheelchair accessible.

WHERE CAN I RIDE?

One may travel within the area outlined in black on the map (back cover) and up to three (3) miles beyond this area.

**HOURS OF SERVICE:*

Monday - Friday:	7 a.m. to 5 p.m.
Saturday :	8 a.m. to 4 p.m.
Sunday:	9 a.m. to 3 p.m.

* Service is not provided on the following Holidays: New Year's Day, Memorial Day, Independence Day, Labor Day, Thanksgiving Day, and Christmas Day.

FARE: $0.50 per each one-way trip. Your escort rides free.

RESERVATIONS

Have the following information ready:

- *Your name and telephone number*
- *Day and date that you want to ride*
- *Time you want to be picked up and returned*
- *Address of the pick-up and destination location*

PLEASE NOTE:

- Your trip *is scheduled with other riders, so allow extra time to get to your destination* when scheduling your pick-up time.
- Schedule your trip at least *24-hours in advance.* You may schedule your trip up to *one week in advance. Same day service is subject to availability.*
- Cancellations not made 2 hours before a trip may be considered a no-show. 3 or more no-shows during any given month may result in *suspension of service.*
- The Dial-A-Ride vans *can arrive up to 20 minutes after your scheduled pick-up time and still be considered on-time.*
- *You will not receive confirmation that your application has been approved.* You can get the status of an application by calling the number listed at the top, 10 days after mailing an application.

Para información y reservaciones llame a:
Empire Transportation: 1(800) 439-0439
Para hablar con el gerente llame al (562) 529-2676 ext. 166

¿QUIÉN PUEDE USAR EL SERVICIO?

Personas de Edad Avanzada (60+) y personas incapacitadas que viven en las áreas no incorporadas del Condado que rodean *Covina, West Covina, y La Puente* (vea el mapa adjunto). Los vehículos son accesibles para sillas de ruedas.

¿ADONDE PUEDO VIAJAR?

Puede viajar dentro de la área en el mapa que está dentro de la línea negra y hasta tres (3) millas fuera.

**HORAS DE SERVICIO:*

Lunes-Viernes:	7 a.m. a 5 p.m.
Sábado:	8 a.m. a 4 p.m.
Domingo:	9 a.m. a 3 p.m.

*No hay servicio en los siguientes días festivos: Año Nuevo, Día Conmemorativo, Día de Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias, y Navidad.

TARIFA: $0.50 por cada viaje. No tiene que pagar su acompañante.

RESERVACIONES

Este listo para proveer la siguiente información:

- *Su nombre y Su número de teléfono*
- *Día y Fecha del viaje*
- *La hora de partida y regreso*
- *Las direcciones del punto de partida y destino*

POR FAVOR NOTE:

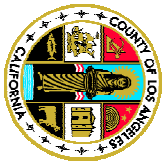
- Su viaje *se programa con otros pasajeros, por eso permita más tiempo para llegar a su destino* cuando haga su cita.
- Haga su reservación por lo menos *24 horas por adelantado.* Puede hacer su cita hasta *una semana por adelantado. Reservaciones del mismo día son sujetas a la disponibilidad de los vehículos.*
- Cancelaciones con menos de 2 horas de notificación, pueden ser consideradas como "faltas." Si usted acumula 3 "faltas" o más durante cualquier mes, puede resultar en *suspensión de servicio.*
- Los vehículos del Dial-A-Ride *pueden llegar 20 minutos después de su hora de reservación y todavía son considerados a tiempo.*
- *El contratista no llama para confirmar su registración.* Usted puede llamar al numero de reservaciones 10 días después de mandar por correo su aplicación.

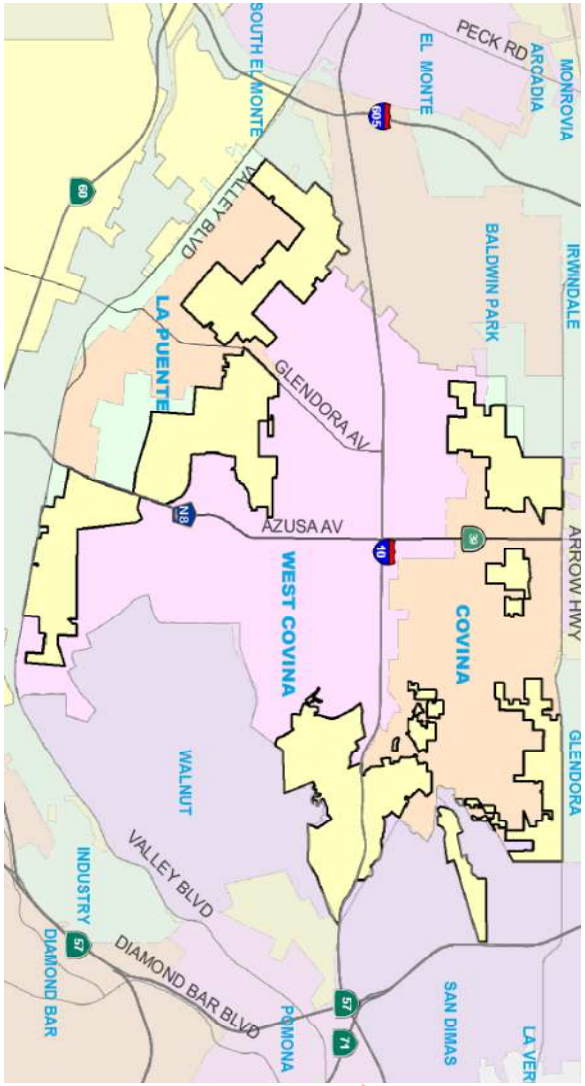
11/16

This Service is financed with funds provided by the County of Los Angeles
(626) 458-3909

Supervisor Hilda L. Solis,
First District

Supervisor Kathryn Barger,
Fifth District





Service Area ☐

Z

L.A. COUNTY
DIAL -A- RIDE

1-800-439-0439

SHARED RIDE TRANSPORTATION FOR SENIOR CITIZENS AND PEOPLE WITH DISABILITIES IN THE UNINCORPORATED COUNTY AREA SURROUNDING THE CITIES OF

TRANSPORTACIÓN COMPARTIDA PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA Y PERSONAS INCAPACITADAS QUE RESIDEN DENTRO DE LAS AREAS NO INCORPORADAS DEL CONDADO

COVINA, WEST COVINA AND LA PUENTE

APPLICATION FORM

Mail to: Empire Transportation
8800 Park Street
Bellflower, CA 90706

Applicant's Name: _____
Date of Birth: _____/_____/ _____
Mailing Address: _____
_____
Phone #: (_____) _____ - _____
60 years or older? ☐ YES ☐ NO
Do you have a disability? ☐ YES ☐ NO
Please provide a copy of a state ID card. Also provide proof of current address, if not stated on your ID card.
Check all that apply:
☐ Use a wheelchair ☐ Require an escort
☐ Use a cane/walker
☐ Visually impaired
☐ Other: _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION:
Contact's Name: _____
Relationship: _____
Address/Phone #: _____
_____

I assume full responsibility for and release the Los Angeles County Dial-A-Ride for my safety and well-being before I board and after I exit the vehicle.
Sign: _____**Date:**__/__/ __

This section for Applicants under 60: Have your physician complete below

Physician's name: _____
License #: _____
Phone #: _____
Is the applicant Disabled? ☐ YES ☐ NO
Length: ☐ Permanently ☐ Until: ___/_____

I certify that the eligibility information contained in this document is true and correct.
Physician Sign: _____

For Office Use Only: ☐ Approved ☐ Denied
By: _____**Date:** _____