



Transporte Especializado del Condado de Harris

9418 Jensen Drive, Houston, Texas 77093

Numero de Oficina: (713) 368-RIDE (713-368-7433)

Fax: (713) 696-1977

Todos los cupones tienen fecha de vencimiento.

Programa Financiado por el Departamento de Transporte de Texas (TxDOT)

SOLICITANTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial de Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Raza/Etnia: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Teléfono Particular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número Alternativo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Sexo (F/M) \_\_\_\_ (Seleccionar Opción:) Soltero/a \_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_

Marque en caso de persona Mayor o Incapacitada:

Mayor: \_\_\_\_\_ Discapacitado: \_\_\_\_\_

Condiciones de Movilidad: (Seleccione una Opción):

Ambulatoria: \_\_\_\_\_ Silla de ruedas: \_\_\_\_\_

Marque solamente en caso de calificar en la

Categoría de Bajos Ingresos:

Bajos Ingresos: \_\_\_\_\_

Idioma principal en el hogar: (Seleccione una

Opción): Inglés: \_\_\_\_\_ Español: \_\_\_\_\_

Vietnamés: \_\_\_\_\_ Otro idioma: \_\_\_\_\_

Domicilio del Solicitante:

\_\_\_\_\_  
Número Calle Apto. # Ciudad TX Código Postal

Domicilio Postal: (si difiere del anterior)

\_\_\_\_\_  
Número Calle Apto. # Ciudad TX Código Postal

Nombre y teléfono de Pariente, Amigo o Vecino que puede contactarlo habitualmente:

\_\_\_\_\_  
Nombre Relación Número Particular Número del Trabajo

Si no existiera este programa, ¿Cuáles serían sus opciones de movilidad? (Seleccione todas las que correspondan.)

- Vehículo propio X
Vehículo de pariente o vecino X
Transporte público X
Transporte especial X
Taxi X
A pie X
Otro X

¿Qué porcentaje de sus viajes realiza en los siguientes medios?

- Vehículo propio
Vehículo de pariente o vecino
Transporte público
Transporte especial
Taxi
A pie
Otro

¿Para qué tipo de viajes piensa emplear este programa de transporte? (Seleccione todas las que correspondan.)

- Turnos médicos X
Farmacia X
Compras del mercado X
Servicios Sociales X
Otros X

¿Necesita asistencia adicional? (Seleccione todas las que correspondan.)

- Ayuda para subir o bajar X
Cargar pequeños paquetes X
Otros (Apunte abajo descripción) X

El solicitante arriba mencionado ha leído los requisitos necesarios para acceder a RIDES, programa subvencionado por H-GAC, y ha presentado esta solicitud a los efectos de participar del mismo, luego de acreditar que toda la información presentada es veraz y correcta. Se deja expresa constancia que en caso que RIDES, alguno de sus funcionarios, empleados o representantes adviertan que esta solicitud contiene información falsa o se encuentran completa, el solicitante mencionado será descalificado para participar del programa y deberá pagar a RIDES todos los gastos incurridos como consecuencia de su participación previa. **Certificación:** *La presente sección debe ser firmada por el solicitante o por una persona autorizada por el cliente. En caso de firmar mediante una marca, se requerirá la presencia de un testigo. Certifico que la presente solicitud ha sido completada, ami leal saber y entender, con información correcta y veraz. Entiendo que tanto la declaración de datos falsos como la omisión de información necesaria a los efectos de determinar mi derecho a acceder al programa serán consideradas fraudulentos. Comprendo que puedo ser demandado en virtud de los Códigos vigentes en los Estados Unidos por la comisión de este delito. Además, entiendo que la asistencia brindada por el programa se verá condicionada por la existencia de fondos disponibles.*

\_\_\_\_\_  
**Firma de Solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Testigo (Si se firmó mediante con una marca)**

Las Oficinas de RIDES- Transporte Especializado del Condado de Harris cuentan con accesos para sillas de ruedas. Se dispone de estacionamiento para incapacitados.

\*\*\*\*\*

**Reservado para control interno**

Numero de Identidad del Cliente # \_\_\_\_\_

**CONDICIONES DE MOVILIDAD:** Ambulatoria \_\_\_\_\_ En Silla de Ruedas \_\_\_\_\_

Procesado por \_\_\_\_\_ Fecha de Emisión \_\_\_\_\_

**ACREDITACIONES PRESENTADAS:**

**Tarjeta de Identificación Expedida por el Estado** \_\_\_\_\_

**Licencia de Conducir Expedida por el Estado** \_\_\_\_\_

**Formulario de Certificación Médica** \_\_\_\_\_

**SSI** \_\_\_\_\_ **SSDI** \_\_\_\_\_ **Otras** \_\_\_\_\_

**Derecho a Acceder a los Servicios de Transporte de Medicaid**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En Trámite \_\_\_\_\_

**Derecho a acceder a los Servicios de Metrolift**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En Trámite \_\_\_\_\_

**COMENTARIOS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_