



PROGRAMA DE TRANSPORTACIÓN RIDES

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
 Primer Apellido I. Edad: _____
 S.S. #: _____

Domicilio: _____
 Calle Apt. # Ciudad Estado Código Postal

Numero de Telefono: _____ Numero Alternativo: _____

Raza: _____ Varon ____ Hembra ____ Transgenero ____

Licencia de conducir de Texas: _____ O Texas ID# _____

Discapacitado: SI ____ NO ____ Ere un Veterano Militar: SI ____ NO ____
 Nombre y número de teléfono del pariente, amigo o vecino que generalmente puede contactarte:

Nombre	Relacion	# de Casa	# de Celular
--------	----------	-----------	--------------

TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN:

- **DEBEN SER RESIDENTES DE LA CIUDAD DE PASADENA**
- Deben tener 65 años de edad o mas
- Si tiene entre 18 a 64 años de edad, deben llenar la Forma de Discapacidad firmada y con fecha, y la discapacidad de solicitante debe estar de acuerdo con las definiciones listados en el Formulario de Verificación de Discapacidad
- Si el solicitante está reclamando una discapacidad como se indica en el Formulario de Verificación de Discapacidad, el solicitante debe presentar un comprobante de discapacidad (ex: Carta de SSI actual) y se le puede pedir que comparezca en persona
- Proveer una copia clara de licencia de conducir, tarjeta de identificación valida con foto y dirección corriente
- Si el solicitante no tiene la corriente dirección en la identificación, solicitante debe proveer una identificación con foto y un documento con prueba de dirección (ex: Un Bill actual, un contrato de arrendamiento firmado actual o otra forma de prueba de residencia en la Ciudad de Pasadena)
- Debe proveer el contacto de emergencia - nombre y numero de telefono
- Por favor de llenar, firmar y poner la fecha entre toda la aplicacion por completo

SIN ESTA INFORMACIÓN NO SERA ELEGIBLE PARA EL PROGRAMA DE TRANSPORTACIÓN RIDES.

Enviar información a:
 Transportation RIDES Program
 c/o Parks & Recreation
 3111 San Augustine Ave.
 Pasadena, TX 77503
 (713) 920-7988

Funded by the City of Pasadena's Community Development Department –
 Community Development Block Grant (CDBG)

Effective: 1/1/2022



El solicitante nombrado anteriormente ha examinado los requisitos de elegibilidad de la Ciudad de Pasadena del Programa Transportación RIDES, subvencionado por fondos de Community Development Block Grant (CDBG) subvención y ha presentado esta solicitud de participación en dicho programa después de certificar que toda la información así presentada es verdadera y correcta. Es expresamente entendido y coincidieron en que debe ser determinado en cualquier momento por la Ciudad de Pasadena Programa Transportación RIDES, sus oficiales, agentes o empleados que esta aplicación contiene información incorrecta o incompleta, el individuo nombrado anterior será descalificado de la participación en el programa y estará obligado a pagar a la Ciudad de Pasadena Programa Transportación RIDES todos los gastos incurridos como resultado de la participación de tal persona.

CERTIFICACION:

*Esta sección debe ser firmado por el solicitante o persona autorizada para firmar por el cliente. Un testigo es necesaria para cualquier firma hecha por una marca. **Certifico que esta aplicación se ha completado a lo mejor de mi conocimiento con información completa y exacta. Entiendo que cualquier declaración falsa u omisiones de hechos relevantes para mi elegibilidad para asistencia se considerará fraude, y que pueda ser procesado en Estados Unidos los códigos de este fraude. Además, entiendo que ayuda está supeditada a la disponibilidad de fondos.***

Solicitante

Fecha

Testigo (si firmado con una marca)

Aviso del Título VI

El programa de la Ciudad de Pasadena Transportación RIDES opera su programa y servicios sin distinción de raza, color y origen nacional, de conformidad con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles. Cualquier persona que crea que ha sido perjudicada por alguna práctica discriminatoria ilegal bajo el Título VI puede presentar una queja ante la Coordinadora del Programa Transportación RIDES.

Para obtener más información sobre los derechos civiles del Programa de Transportación RIDES, llame a Ken Donnell al (713) 477-1202 o Elsa Aguirre al (713) 920-7988; coreo electronico: kdonnell@pasadenatx.gov o eaguirre@pasadenatx.gov; o programe una cita para visitar nuestra oficina del Programa de Transportación RIDES: 3111 San Augustine Ave., Pasadena, Texas 77503.



Grant Code: _____
Agency Code: _____
Registered Date: _____



8410 Lantern Point Drive Houston, TX 77054
Telefono :(713) 368-RIDE (713-368-7433)
Fax: (713) 437-4860
www.rides.harriscountytexas.gov

Programa financiado por
Administración Federal de tránsito (FTA)
(Fondos tienen fechas de caducidad)

Formulario de Registro

SOLICITANTE:

Nombre y Apellido: _____ Inicio de Segundo Nombre.: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Raza/Etnia: _____ Correo Electrónico: _____

Número principal: (____) _____ Número Alternativo: (____) _____

Sexo (M/H): _____ (Marque uno): Soltero/a _____ Casado/a _____ Divorciado/a _____ Viudo/a _____

Idioma hablado en el hogar (marque uno): Inglés _____ Español _____ Otro _____

¿Cuál es su método preferido de contacto?

¿Correo electrónico? _____ ¿Teléfono? _____ ¿Teléfono alternativo? _____ ¿Correo? _____

Dirección del solicitante:

Número Calle Apto. # Ciudad TX Código Postal

Dirección postal : (si es diferente del anterior)

Número Calle Apto. # Ciudad TX Código Postal

Nombre y Número de pariente, amigo o vecino que puede contactarlo habitualmente:

Nombre Relación (____) Numero de Teléfono (____) Numero de teléfono del trabajo

Marque si es:

Persona de la tercera edad (Sobre 65 años de edad) _____
Discapacitados _____

Estado de movilidad (marque uno):

Ambulatorio (puede caminar) _____
Usa silla de ruedas _____

¿Alguna vez ha solicitado el servicio METROLift? (marque uno):

Si _____
No _____

¿Le negaron o aprobaron el servicio METROLift? (marque uno, si es aplicable)

Si _____
No _____

CERTIFICACIÓN:

La sección es firmada por el solicitante o por la persona autorizada para firmar por el cliente. Un testigo es necesario para cualquier firma hecha por una marca. Certifico que esta aplicación se ha completado con lo mejor de mi conocimiento con información completa y exacta. Entiendo que cualquier declaraciones falsas u omisiones a lo mejor de mi conocimiento con información completa y exacta. Entiendo que las declaraciones falsas o omisiones de hechos pertinentes a mi elegibilidad para asistencia se considerará fraude, y que puedo ser procesado bajo códigos aplicables de los Estados Unidos de este fraude. Además, tengo entendido que la asistencia es depende de la disponibilidad de fondos.

*** Existe un cargo de \$ 30.00 se cargará a usted por cualquier suspensión de pagos o artículos devueltos. Fondos agregados a la tarjeta de tarifa no se pueden remplazar y no se pueden trasladar a otra persona. ***

El solicitante nombrado anteriormente ha examinado los requisitos de elegibilidad del programa RIDES, subvencionados por fondos H-GAC y ha presentado esta solicitud de participación en el programa de este tipo tras certificar que toda la información presentada por lo que es verdadera y correcta. Es expresamente entendido y convino en que debe ser determinado en cualquier momento por RIDES, sus funcionarios, agentes o empleados que esta aplicación contiene información incorrecta o incompleta, el individuo con nombre anterior será descalificado de la participación en el programa y estará obligado a reembolsar al programa de RIDES todos los gastos incurridos como resultado de la participación de dicha persona.

Firma de Solicitante

Fecha

Testigo (si firmada con una marca)

La Oficina de RIDES: transporte especializado para el condado de Harris es accesible por silla de ruedas. Espacios de estacionamiento reservados están disponibles.

SE NECESITAN LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- 1.) Tarjeta de identificación expedida por el estado O Licencia de Conducir expedida por el estado**
- 2.) Comprobante de Discapacidad:**

Documentos aceptables (presentar (1) de los siguientes):

- A.) Certificación del doctor**
- B.) SSI**
- C.) SSDI**
- D.) Otro Documento**

TITULO VI AVISO

El Condado de Harris opera sus programas y servicios sin considerar raza, color y origen nacional de acuerdo con el titulo VI de la Ley de Derechos Civiles. Cualquier persona que cree que ella o el ha sido agraviado por practicas discriminatorias ilegales bajo el Titulo VI, puede presentar una queja con el Condado de Harris.

Para obtener mas informacion sobre el programa de Derechos Civiles del Condado Harris y los procedimientos para presentar una queja favor de comunicarse al 832-927-4700, Marcar 7-1-1 (1800—735-2988), al correo electronico transit@csd.hctx.net , o puede visitor nuestras oficinas administrativas en el 8410 Lantern Point Drive, Houston, Texas 77054. Para mas informacion visite nuestra pagina de internet, www.harriscountytransit.com

CDBG PROGRAM NAME: _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

FECHA:

--	--

DIRECCION:

CIUDAD:

ESTADO:

CODIGO POSTAL:

--	--	--	--

PROPOSITO DE LA FORMA:

De acuerdo con las leyes y regulaciones federales publicadas por el Department of Housing and Urban Development, es necesario verificar el estado de discapacidad del Solicitante del Programa CDBG identificado anteriormente. Toda la información proporcionada solo se utilizará con el propósito de establecer la documentación de elegibilidad para el Programa CDBG mencionado anteriormente. El Community Development Department de la Ciudad de Pasadena y sus Agencias Subrecipientes y/o Departamentos de Destinatarios tienen prohibido preguntar sobre la naturaleza de la discapacidad del solicitante, y los profesionales médicos no deben revelar detalles o diagnósticos específicos.

Una persona con discapacidad es una persona que:

- A. Tiene un impedimento físico, mental o emocional que:
 1. Se espera que sea de una duración larga, continua e indefinida, y
 2. Impide sustancialmente su capacidad de vivir de forma independiente, y
 3. Es de tal naturaleza que la capacidad podría mejorarse mediante condiciones de vivienda más adecuadas, o
- B. Tiene una discapacidad del desarrollo, como se define, en la Section 102(7) of Development Disabilities Assistances and Bill of Rights Act (42 U.S.C. 6001-6007).

INSTRUCTIONS:

Existen tres (3) métodos de verificación del estado de discapacidad que se enumeran a continuación. Seleccione UNO (1) de los métodos de verificación y proporcione la documentación necesaria asociada con ese método de verificación. Se debe colocar una copia de este formulario y la documentación de verificación en el archivo de elegibilidad del solicitante del programa CDBG.

___ DISCAPACIDAD OBVIO	
Seleccione esta casilla si el solicitante mencionado anteriormente, a juicio razonable del Director del Programa CDBG, tiene una discapacidad obvia. Ejemplos de discapacidades obvias son la ceguera o la necesidad permanente del uso de sillas de ruedas. No se requiere verificación adicional de discapacidad.	
Firma del Director del Programa CDBG:	

___ RECIBO DE BENEFICIOS FEDERALES POR DISCAPACIDAD	
Seleccione esta casilla si el solicitante mencionado anteriormente recibe Seguro Social relacionado con la discapacidad ("SSDI"), Ingreso de Seguridad Suplementario ("SSI"), Administración de Veteranos ("VA") u otros beneficios federales. La documentación razonable incluye una carta de verificación de beneficios de la agencia federal que proporciona asistencia financiera al solicitante o cheques cancelados o documentación de depósito directo o registros similares. No se requiere más verificación.	
Tipo de documentación proporcionada:	

CERTIFICACION DE UN PROFESIONAL MEDICO (la certificación debe ser realizada por alguien que no sea el solicitante)

Seleccione esta casilla si el solicitante mencionado anteriormente NO tiene una discapacidad obvia y/o NO recibe beneficios federales relacionados con la discapacidad. Si se selecciona esta casilla, el estado de discapacidad del solicitante solo se puede verificar mediante la certificación de un profesional médico completando las siguientes secciones.

Al solicitante que alega discapacidad:

El profesional médico que suscribe tiene conocimiento de si la discapacidad reclamada cumple con la definición aplicable a esta verificación aplicable a esta verificación para que pueda calificar para recibir asistencia bajo el Programa CDBG al que se hace referencia. NO TIENE LA OBLIGACION DE CONSENTIMIENTO PARA LA PUBLICACION DE ESTA INFORMACION. Sin embargo, el Representante del Programa CDBG debe recibir la información solicitada por el profesional médico para determinar su elegibilidad para el Programa CDBG. El Representante del Programa CDBG puede solicitar al profesional médico solo la información mínima necesaria para determinar si se ha cumplido la definición aplicable de discapacidad.

Por la presente autorizo la divulgación de la información solicitada al Representante del programa CDBG.

Nombre de la persona autorizada:

Firma de la persona autorizada:

Fecha:

Al profesional médico:

El Community Development Department de la Ciudad de Pasadena y sus Agencias Subrecipientes y/o Departamentos de Desinatrarios tienen una obligación con el United States Department of Housing and Urban Development Community Development Block Grant para verificar la discapacidad al proporcionar asistencia utilizando fondos federales. El solicitante ha afirmado que tiene una discapacidad que debe ser documentada por un profesional médico. Una persona autorizada ha dado su consentimiento legal para divulgar al Representante del Programa CDBG la opinión médica a continuación sobre el estado de discapacidad reclamado. Toda la información proporcionada por un profesional médico se utilizara únicamente para establecer el estado de discapacidad. Ni el Community Development Department ni sus representantes pueden preguntar sobre la naturaleza de la discapacidad de un individuo, y los profesionales médicos no deben revelar detalles o diagnósticos específicos.

Por la presente certifico que el solicitante mencionado anteriormente (marque uno) ___ Si / ___ No cumple con la definición de persona con discapacidad establecida en esta verificación.

Firma de profesional médico:

Título y organización:

Fecha:

FIRMAS:

Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en este documento es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Además, entiendo que proporcionar declaraciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en mi inelegibilidad para los Programas CDBG que aceptaran este documento. **ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA QUE HAGA UNA RECLAMACION FALSA O DECLARACION SOBRE EL HUD PUEDE SER SUJETA A SANCIONES CIVILES O PENALES MENORES DE 18 U.S.C. 287, 101 Y 31 U.S.C. 3729.**

Nombre del representante del Programa CDBG:

Fecha:

Firma del representante del Programa CDBG:

Nombre del solicitante:

Fecha:

Firma del solicitante:



TRANSPORTATION RIDES PROGRAM

Lista de Verificación

Por favor asegurarse que la siguiente lista de verificación este completa y de incluir todos los documentos requeridos antes de enviar la aplicación:

- Todas las paginas de la application esten completamente llenas, firmadas y con fecha
La aplicacion consiste de 3 diferentes aplicaciones siguientes:
 - Ciudad de Pasadena Programa de Transportación RIDES
 - Harris County RIDES Transit Formulario de Registro
 - Community Development Block Grant (CDBG) Formulario de Elegibilidad

- Si tiene entre 18 a 64 años de edad y reclama una discapacidad de acuerdo con las definiciones listados en el Formulario de Verificación de Discapacidad, incluya el Formulario de Verificación de Discapacidad junto con el comprobante de discapacidad. Es posible que se requiera que el solicitante comparezca en persona, presente una Carta de SSI actual, o un Formulario de Verificación de Discapacidad firmado y fechado por un Profesional Médico.

- Incluir una copia de licencia de conducir valida o tarjeta de identificación con foto y dirección corriente (si la identificación no tiene la dirección corriente, prueba de dirección puede ser un bill con su nombre y dirección o un contrato de arrendamiento firmado, por favor incluir uno de estos documentos con su identificación con foto.)

La aplicacion puede ser entregada **en persona haciendo una cita o por correo a la siguiente dirección:**

Transportation RIDES Program
c/o Parks & Recreation
3111 San Augustine Ave.
Pasadena, TX 77503
(713) 920-7988

O enviando una copia clara al correo electrónico siguenete: eaguirre@pasadenatx.gov

Por favor tenga en cuenta que ya no se aceptan aplicaciones enviados por fax.