

SOLICITUD PARA GO WEST DIAL-A-RIDE

Enviar solicitud con una copia de su identificación a:

Dirección Postal: City of West Covina, Public Services Department, Attn: Community Services Division
2501 East Cortez Street, West Covina, CA 91791

Las solicitudes también pueden presentarse personalmente a la dirección arriba indicada durante las horas de trabajo. Lunes-Viernes 9 a.m.- 4 p.m.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección postal: _____

Teléfono Habitación: (____) _____ - ____ Teléfono celular: (____) _____ - ____

¿Tiene 55 años de edad o más? Sí No (Adjuntar copia de la tarjeta de identificación estatal válida.)

¿Está incapacitado? No Sí es así, marque todas las que correspondan:

Limitado a una silla de ruedas (Sí es así, ¿está motorizada?) Sí No

Utiliza un bastón o muletas Ciego

Otros (especificar): _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección postal: _____

Teléfono Habitación: (____) _____ - ____ Teléfono celular: (____) _____ - ____

PHYSICIAN CERTIFICATION/CERTIFICACIÓN

To be completed for applicants less than 55 years of age.

Physician's Name: _____ Phone: (____) _____ - ____

Address: _____

Is the applicant permanently disabled? Yes No

Does the applicant require any special assistance? Yes No

Is the applicant temporarily disabled? Yes No

(If yes, please estimate anticipated end date of disability: ____ / ____ / ____)

I certify that the eligibility information contained in this document is true and correct.

Physician's Signature

____ / ____ / ____
Date

• FOR OFFICE USE ONLY •

Approved Denied _____ Date ____ / ____ / ____