

GO WEST

DIAL-A-RIDE



Efectivo enero de 2023

FOLLETO DE SERVICIOS

HORARIO DE SERVICIO

| | |
|----------------|-------------------|
| Lunes a Sábado | 8:00 am – 8:00 pm |
| Domingo | 8:00 am – 6:00 pm |

La última recogida programada es 30 minutos antes del final del día de servicio.

GO WEST Dial-A-Ride opera en los siguientes días festivos observados por la ciudad:

- Año Nuevo
- Día de los Presidentes
- Día la Recordación
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Acción de Gracias y el día siguiente
- Nochebuena
- Día de Navidad

Para más información llame **(626) 939-8430**
o visite www.westcovina.org/transit

NÚMEROS DE TELÉFONO

Access Services, Inc.

www.asila.org

| | |
|--------------|--------------|
| Reservas: | 800-827-0829 |
| Información: | 800-883-1295 |

Foothill Transit

www.foothilltransit.org

| | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| Relaciones con el Cliente: | 626-931-7210 |
| Horarios/Información de ruta: | 800-RIDE-INFO (743-3463) |

L.A. County Metropolitan Transportation Authority (Metro)

www.metro.net

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Relaciones con el Cliente: | 213-922-6235 |
| Horarios/Información de ruta: | 800-COMMUTE (266-6883) |

Metrolink

www.metrolinktrains.com

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| Relaciones con el Cliente: | 213-452-0200 |
| Horarios/Información de ruta: | 800-371-LINK (371-5465) |

¿QUÉ ES GO WEST DIAL-A-RIDE?

GO West Dial-A-Ride es un servicio de transporte de puerta a puerta proporcionado por cita para residentes elegibles de la ciudad de West Covina. Los clientes pueden viajar a/desde cualquier lugar dentro de los límites de la ciudad y hasta 3 millas fuera de los límites de la ciudad. Viajes de 3 a 5 millas fuera de los límites de la ciudad están disponibles sólo para citas médicas.

¿QUIÉN ES ELEGIBLE A UTILIZAR LOS SERVICIOS DE DIAL-A-RIDE?

Los residentes de West Covina mayores de 55 años y los residentes que tengan una discapacidad certificada por un médico pueden utilizar el servicio.

¿CÓMO SE SOLICITA EL SERVICIO?

Los residentes que cumplan con los criterios de elegibilidad deben presentar una solicitud a la Ciudad de West Covina y ser aprobados antes de que puedan comenzar a utilizar el servicio. Permita 7 días hábiles para que la solicitud sea procesada. Cuando se apruebe, se le notificará por teléfono.

¿CUÁL ES EL COSTO?

La tarifa de Dial-A-Ride es de \$0.50 por cada viaje de ida. Los asistentes de cuidado personal registrados y los niños menores de 5 años viajan gratis. Las tarifas exactas deben pagarse en el momento del embarque. Los conductores no dan cambio.

PARA PROGRAMAR UN VIAJE

Llame al **1-800-425-5777** para hacer su reserva de viaje. Esté preparado para proporcionar la siguiente información cuando llame:

- Nombre y dirección
- Las direcciones de recogida y destino
- La hora que desea viajar
- Nombre del Asistente de Cuidado Personal (en su caso)
- El número del acompañantes o hijos que viajarán con usted (si corresponde)
- Cualquier ayuda que usted necesite

Para utilizar GO West Dial-A-Ride, llame al: **1-800-425-5777**.

GO West Dial-A-Ride hará todo lo posible para satisfacer su solicitud de viaje en el momento en que desee viajar. Si el espacio no está disponible en el momento solicitado, podemos sugerir una alternativa razonable.

PARA CANCELAR SU VIAJE

Si necesita cancelar su reserva de transporte, llame al menos 4 horas antes de la hora de recogida programada.

Si cancela su reserva de transporte con menos de 4 horas de antelación a la hora de recogida prevista, su viaje se considerará una "cancelación tardía." Si no está presente en el lugar de recogida programado cuando llegue el vehículo de GO West Dial-A-Ride, su viaje se considerará "no presentado." Dos ausencias y/o cancelaciones tardías dentro de un período de 30 días pueden resultar en la suspensión de sus privilegios de servicio.

GO WEST DIAL-A-RIDE



ÁREA DE SERVICIO



El servicio se extiende hasta 3 millas fuera de los límites de la ciudad para todos los viajes.

El servicio está disponible hasta 5 millas fuera de los límites de la ciudad solo para viajes médicos.

LUGARES DE INTERÉS HASTA 3 MILLAS FUERA DE LOS LÍMITES DE LA CIUDAD

- KINDRED HOSPITAL SAN GABRIEL VALLEY
- WEST COVINA MEDICAL CENTER
- EMANATE HEALTH QUEEN OF THE VALLEY HOSPITAL
- KAISER PERMANENTE BALDWIN PARK MEDICAL CENTER
- SAN DIMAS COMMUNITY HOSPITAL
- PLAZA WEST COVINA
- EASTLAND SHOPPING CENTER
- CITY HALL
- WEST COVINA SENIOR CENTER

LUGARES DE INTERÉS HASTA 5 MILLAS FUERA DE LOS LÍMITES DE LA CIUDAD

- CITY OF HOPE MEDICAL CENTER
- EMANATE HEALTH FOOTHILL PRESBYTERIAN HOSPITAL

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 ____ / ____ / ____