



SOLICITUD

Programa de Transporte OUT & ABOUT de VISTA

El Ayuntamiento de Vista (City of Vista) prohíbe la discriminación en sus programas por raza, color, origen nacional, género, religión, edad, discapacidad, edad, creencias políticas, orientación sexual, estado civil o familiar

Nombre Número de teléfono

Dirección Ciudad Estado Código Postal

La calle más cercana a su casa Nombre del edificio o desarrollo residencial

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Hombre Mujer Email: _____

Contacto de emergencia:

Nombre Teléfono de la casa Celular Relación

¿Cómo se enteraron de nuestro programa?

La siguiente información es confidencial y se usa únicamente con fines estadísticos:

1. ¿Puede manejar carro? No Sí
2. ¿Vive solo? No Sí Si contestó que no, ¿cuántas personas viven con usted? _____
3. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad o discapacidad? _____
4. ¿Cómo describiría su salud? Buena Más o menos Mala
5. ¿Usa aparatos auxiliares para la movilidad? Cane Andador Silla de ruedas Animal de Servicio
6. ¿Padece de lo siguiente? Impedimento visual Impedimento auditivo
7. ¿Puede un autobús de 24 pies dar la vuelta en su driveway? No Sí
8. ¿Qué ingreso tiene? Menos de 16,900 16,901- 28,150 28, 151- 45,000 Más de 45,000
9. Por favor elija la raza con que más se identifica. Blanco Negro o afroamericano Indígena norteamericano o de Alaska Asiático Hawaiian/Nativo de las Islas del Pacífico Otra
10. ¿Es hispano? No Sí

Exención y renuncia de responsabilidad e indemnificación

Certifico que la información arriba mencionada es verdadera y correcta y que cualquier información inexacta puede resultar en que me saquen del programa. Yo y cualquier persona que tiene derecho de interceder por mí, renuncio, exoneró e indemnifico y hold harmless City of Vista, sus agentes, empleados y voluntarios por cualquier pérdida, responsabilidad y daños relacionados con mi participación voluntaria en el programa de transporte *Out & About*.

Firma

Fecha