

Transporte

**PARA PERSONAS MAYORES
Y DISCAPACITADAS DE**

San Pablo



SERVICIO DE TRANSPORTE

Horario del servicio de transporte:
De lunes a viernes,
9:00am-3:45pm

Coste:

Residentes

\$2 (un viaje de ida)

No residentes

\$4 (un viaje de ida)

- Servicio de bajo coste •
- Personal amable •
- Conveniente •
- Servicio rápido y puntual •

**TODOS PASAJEROS DEBEN ESTAR
COMPLETAMENTE VACUNADOS
PARA INSCRIBIRSE Y UTILIZAR EL
SERVICIO**

Póngase en contacto con nosotros
para obtener más información.

Pida una aplicación en persona, por
correo, por correo electrónico o
visite nuestro sitio web!

El transporte de San Pablo
es apoyado por fondos
de la Medida J del
Condado de Contra Costa.

**¿Es usted un residente de San Pablo o
vive en el 94806?**

Si es así, ¡inscríbese hoy!

REQUISITO DE ELEGIBILIDAD PARA EL TRANSPORTE



Aplicantes están obligados a un proceso de
renovación anual.



Todos los aplicantes deben tener 50 años o más o
ser una persona con discapacidad.



Debe vivir en San Pablo (residente) o residir en la
zona no incorporada de San Pablo (no residente).



Las aplicaciones deben ser presentadas con la
verificación de la dirección, como la identificación
emitida por el gobierno o una identificación con
foto con una factura de servicios públicos.

UBICACIÓN DE LA OFICINA Y INFORMACIÓN DE CONTACTO

Dirección de la Oficina Principal:

1943 Church Lane, San Pablo CA. 94806

Horario de oficina: Lunes-viernes, 8:30am - 4:30pm

Número de Teléfono de la Oficina Principal:

(510) 215-3095

Correo Electrónico Principal y Sitio Web:

paratransit@sanpabloca.gov

www.sanpabloca.gov/Transportation



2014

EFFECTIVO 14 de Septiembre de 2021

Participantes del programa de Paratransito



CITY OF SAN PABLO
City of New Directions



Miembros del público que participan en cualquier programa de la ciudad:

- 1) **Debe mostrar prueba de vacunación al personal de la Ciudad antes de asistir a cualquier programa de la Ciudad** en interiores o exteriores.
- 2) Todos los instructores y participantes del programa **se requieren que usen máscaras a menos que consuman alimentos o bebidas activamente**, ya sea que el programa sea en interiores o al aire libre.



Esto incluye programas de centros para personas mayores, programas de centros comunitarios y programas de paratransito, ya sea en interiores o exteriores.

Los jóvenes menores de 12 años (o la edad mínima para las vacunas) y aquellos con una exención médica o religiosa validada de la vacuna COVID-19 están exentos de este requisito.

Si tiene alguna preocupación o pregunta con respecto a esta información, comuníquese con la Coordinadora de Transporte, María García al (510) 215-3095, o por correo electrónico a: paratransit@sanpabloca.gov

Creating Community Through People, Parks & Programs

Main Address: 1943 Church Lane • San Pablo, CA 94806
Mailing Address: 1000 Gateway Avenue • San Pablo, CA 94806
Main: 510-215-3090 • Fax: 510-215-2114
www.SanPabloCA.gov

CITY OF SAN PABLO SENIOR & DISABLED TRANSPORTATION



1943 CHURCH LANE SAN PABLO, CA 94806
PHONE: (510) 215.3095



Office use only: Resident Non- Resident Volunteer Year: _____
RM Entered Date: _____ MSC Entered Date _____ First time Renewal

Si el solicitante es mayor de 18 años, pero menor de 50 años, se requiere que presente una nota del médico que verifique la discapacidad médica. Marque la casilla que indica que ha incluido los documentos con la solicitud.

Casilla de verificación si se adjuntan documentos

Para determinar si el solicitante es residente de San Pablo, una foto I.D. o se requiere una factura de servicios públicos con la dirección actual. Marque la casilla que indica que ha incluido los documentos con la solicitud.

Casilla de verificación si se adjuntan documentos

Información del Aplicante

Nombre Completo: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____
Calle No. de Apartamento/Unidad

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Numero de Casa: _____ **Numero de Celular:** _____

Identidad de Género:

Femenino Masculino Variante de género/no conforme Mujer Transgénero Hombre Transgénero

Raza:

Caucásico Afro-Americano Indio Americano o de Alaska
 Asia Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico

Etnicidad:

Hispano or Latino No Hispano or Latino

Información de Emergencia y Asistente de Cuidado Personal

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ Numero de Telefono: _____

Verificación de asistente de cuidado personal:

Yo certifico que, debido a mi incapacidad, requiero los servicios de un acompañante de cuidado personal para ayudarme regularmente y para viajar conmigo en el Servicio de 'Transporte Puerta a Puerta'. Entiendo que alegar fraudulentamente viajar con un asistente para evitar pagar una tarifa por un acompañante puede resultar en la suspensión del servicio.

Nombre y número de contacto del acompañante: _____

Firma del acompañante: _____ Fecha: _____

CITY OF SAN PABLO SENIOR & DISABLED TRANSPORTATION



1943 CHURCH LANE SAN PABLO, CA 94806
PHONE: (510) 215.3095



Información de Ayudas de Movilidad o Equipos Especializados

Seleccione cualquiera de las siguientes ayudas de movilidad o equipos especializados:

Bastón: Andador Silla de ruedas manual: Silla de ruedas eléctrica:

Tanque de oxígeno: Animal de servicio: Scooter eléctrico:

Otro: _____

Entiendo y reconozco que mi dispositivo de movilidad tiene una capacidad de 42 pulgadas de largo, 30 pulgadas de ancho y tiene un límite de peso de menos de 600 libras.

Firma: _____ Fecha: _____

Cuidad de San Pablo Renuncia

Yo, el abajo firmante, certifico que tengo al menos 18 años de edad; Yo estoy en buenas condiciones físicas y ningún médico calificado me ha indicado lo contrario; cuento con la capacitación suficiente para participar en las actividades del Programa indicadas anteriormente; tengo suficiente conocimiento del equipo relacionado; y deseo participar voluntariamente en el Programa.

Entiendo que ocasionalmente ocurren accidentes graves durante estas actividades y que los participantes en estas actividades ocasionalmente sufren lesiones personales graves, muerte y daños a la propiedad. Entiendo que los riesgos involucrados con estas actividades pueden incluir riesgos del clima, condiciones de la superficie y del medio ambiente, condiciones del equipo, transporte hacia y desde las actividades e interferencia de actividades cercanas. Entiendo que existe el riesgo de lesiones por ser golpeado o tropezado, o por el contacto corporal de otros participantes en esta actividad o su equipo. Entiendo que existe el riesgo de lesionar músculos, tendones, ligamentos, articulaciones, huesos, nervios y otras partes y sistemas corporales por participar en estas actividades. Entiendo que existe el riesgo de infección por cualquier enfermedad de la comunicación, que incluye, entre otros, COVID-19. Entiendo que además de estos riesgos, existen peligros impredecibles involucrados en estas actividades. Conociendo todos estos riesgos, deseo voluntariamente participar en esta actividad y asumir todos los riesgos. Si observo cualquier peligro inusual o significativo, yo lo notificaremos al funcionario más cercano de inmediato y apartaré de la participación si es necesario.

En consideración a mi participación en estas actividades, voluntariamente liberamos a la Ciudad de San Pablo y sus Concejales, Comisionados, oficiales, empleados, voluntarios y agentes, y cualquier patrocinador o promotor de estas actividades, de todos los reclamos, responsabilidades, costos y gastos, incluidos los honorarios de abogados, que yo [nosotros] podamos tener o acumular, por daños a la propiedad, lesiones o muerte de cualquier manera que surjan de o estén relacionados con la participación en estas actividades. Esta renuncia y liberación es aplicable, aunque los actos negligentes de las partes liberadas puedan haber causado o contribuido a la lesión, muerte o daño a la propiedad.

Además, acepto eximir de responsabilidad, indemnizar y defender a la Ciudad y sus funcionarios, empleados, voluntarios y agentes, quienes por negligencia o descuido podrían ser responsables ante mí (o mis herederos o cesionarios). Esta renuncia, liberación e indemnización es vinculante para mis herederos, dependientes, ejecutores, administradores y cesionarios.

También entiendo que yo puedo ser fotografiado o filmado durante mi participación en estas actividades. Doy mi consentimiento para que la Ciudad de San Pablo o los patrocinadores y promotores de estas actividades utilicen cualquier foto, video o película mía para cualquier propósito legítimo, incluidas, entre otras, las publicaciones de la Ciudad, periódicos, televisión, radio, redes sociales e internet. Yo no recibiré ninguna compensación por el uso de estas fotografías o películas.

En caso de lesión o enfermedad, por la presente doy mi consentimiento y acepto ser responsable de los costos de transporte a un centro médico y cualquier examen, procedimiento o tratamiento que el personal médico considere necesario.

Estoy de acuerdo en cumplir con todas las reglas y regulaciones de la Ciudad de San Pablo, el Condado, el Estado, y cualquier patrocinador o promotor, o cualquier equipo afiliado a estas actividades. Reconozco que se me han proporcionado estas reglas y regulaciones, que incluyen, entre otros, el Código de Conducta del Departamento de Servicio Comunitario y las cumpliré.

HE LEÍDO ESTA RENUNCIA Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ASUNCIÓN DE RIESGO, LA ENTIENDO COMPLETAMENTE Y FIRMA LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE.

Nombre Impreso

Firma

Fecha