ATTENTION RIDER

San Pablo Senior and Disabled Transportation

Yearly Registration

Beginning November 1st, 2019

To all *current and new riders* must renew yearly, Effective January, 1st 2020 for all San Pablo Transportation needs.
Age eligibility is now 50 years of age.

San Pablo All-America City 2014

CITY OF SAN PABLO
City of New Directions

Senior Center Division • 1943 Church Ln, San Pablo, CA, 94806
Phone 510-215-3090 • Fax 510-215-3015
Seniors@sanpabloca.gov
www.SanPabloca.gov/seniors

ATENCION PASAJERO

San Pablo Transporte para personas mayores y discapacitadas

Registro Anual

A partir del 1 de Noviembre de 2019

Todos los pasajero corrientes y nuevos deben aplicar anualmente comenzando el 1 de Enero de 2020 para el Transporte de San Pablo.

Nuestra elegibilidad por edad es ahora de 50 años.

San Pablo All-America City 2014

CITY OF SAN PABLO City of New Directions

Senior Center Division • 1943 Church Ln, San Pablo, CA, 94806
Phone 510-215-3090 • Fax 510-215-3015
Seniors@sanpabloca.gov
www.SanPabloca.gov/seniors

2020

SAN PABLO SENIOR & DISABLED
SAN PABLO PARA MAYORES Y CON DISCAPACIDAD

TRANSPORTATION | TRANSPORTACIÓN

Are you a San Pablo Resident or live in 94806?
¿Eres Residente de San Pablo o vives dentro del código 94806?

Register TODAY if you are 50 years or older or are a person with disabilities. Request an application by mail, email or visit our website!

Regístrate HOY si eres mayor de 50 años o persona con discapacidades. ¡Solicita una aplicación por correo electronico, o visita nuestro sitio web!

FREE RIDE WHEN YOU REGISTER FOR THE FIRST TIME !
¡UN VIAJE GRATIS CUANDO TE REGISTRES POR PRIMERA VEZ!

Services Include (Servicios Incluyen)

- $2 Resident/ $4 Non- Resident (fees are subject to change)
- Doctor's appointments
- Grocery shopping
- Shared Ride
- Riding Stress Free
- Banking Needs
- Enjoyable and affordable
- Reduced Traffic congestion
- And much more!

- $2 Residente/ $4 No-Residente (las tarifas pueden cambiar)
- Citas al doctor
- Compras al mercado
- Comparte viajes
- Libre de estrés
- Idas al banco
- Divertido y económico
- Menos trafico
- ¡Y mucho más!

NOTE: Please be advised that in some cases, reservations are based on driver's availability and social activities that may impact transportation.
NOTA: Por favor tome en cuenta que en unas ocasiones las reservaciones son basadas en las habilidades del conductor y las actividades sociales que puede impactar la transportación.

San Pablo All-America City 2014

San Pablo Senior and Disabled Transportation Office
Oficina de San Pablo Para Mayores y Con Discapacidad

1943 Church Lane, San Pablo, CA 94806

CITY of SAN PABLO
City of New Directions

QUESTIONS? / ¿PREGUNTAS?

Please contact Paratransit Offices at (510) 215-3095 or paratransit@sanpabloca.gov for more details. Por favor de contactar las oficinas de paratránsito al (510) 215-3095 o paratransit@sanpabloca.gov para más detalles.

San Pablo Senior and Disabled Transportation is supported by Contra Costa County Measure J funds.
San Pablo transportación para mayores es apoyado por fundos de Contra Costa County Measure J

San Pablo Senior & Disabled Transportation Policies

Scheduling a Reservation

• Reservations can be made one day in advance or up to three days in advance

• $2 Residents/$4 Non-Residents (outside of San Pablo city limits)

• Payment is required at the time of pickup

• Shuttle books are available for purchase for $20 (20 tickets per book $1 a ticket)

• Shuttle books are available for purchase for $20 (10 tickets per book $2 a ticket)

• Shuttle books are available for purchase for $40 (10 tickets per book $4 a ticket)

• Tickets may be purchased via cash, check or money order

• Tickets available for purchase at the Senior Center, Monday-Friday 8:00am-5:00pm, or by mail (send a check payable or money order to City of San Pablo) and a self-addressed, stamped envelope

• Note: send payment to The San Pablo Senior Center, 1943 Church Lane, San Pablo, CA 94806. Attn: Transportation.

No show

• If a rider is not present during the reserved pickup times, this is considered a "no-show"

• There is a 3 no-show/cancellation policy within a 3-month period. If the minimum occurrence has been reached the following will occur:

• 1st occurrence on any no-show will receive a verbal warning.

• 2nd occurrence will receive a letter detailing the 1st and 2nd occurrence.

• The 3rd will result in suspension of service.

Bag Limitations

• Riders must be able to carry no more than 2-3 bags/packages on their own

• Bags must fit at the feet of the rider

• Bags should not exceed 10 pounds total

• Drivers will not be able to help carry packages that exceeds the weight limit or take them inside living accommodations or facilities

Senior Center Division • 1943 Church Ln, San Pablo, CA, 94806
Phone 510-215-3090 • Fax 510-215-3015
Seniors@sanpabloca.gov
www.SanPabloca.gov/seniors

Políticas de Transporte para Personas Mayores y Discapacitadas de San Pablo

Reservar su Viaje

• Las reservaciones deben hacerse con un día de anticipación, pero no más de tres días.

• Residentes $2 / No residentes $4 (fuera de los límites de la ciudad de San Pablo)

• Se requiere el pago al momento de la recolección

• Los libros de transporte están disponibles para comprar por $ 20 (20 boletos por libro $ 1 por boleto)

• Los libros de transporte están disponibles para comprar por $ 20 (10 boletos por libro $ 2 por boleto)

• Los libros de transporte están disponibles para comprar por $ 40 (10 boletos por libro $ 4 por boleto)

• Los boletos se pueden comprar en efectivo, cheque, o giro postal

• Boletos disponibles para la compra en el Centro para personas de la tercera edad, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. o por correo (envíe un cheque pagadero o giro postal a la ciudad de San Pablo) y un sobre con sello postal con su dirección

• Nota: envíe el pago al San Pablo Senior Center, 1943 Church Lane, San Pablo, CA 94806. A la atención de: Transporte

---

Ausente

• Si un pasajero no está presente durante los horarios de su reservacion, esto se considera “Ausente"

• Hay una polica de 3 ausencias / cancelación dentro de un período de 3 meses. Si se alcanza ese límite, lo siguiente ocurrira:

• La primera ocurrencia en cualquier no presentación recibirá una advertencia verbal

• La segunda ocurrencia recibirá una carta con respecto a la 1ra y 2da ofensa.

• La 3ra resultará en suspensión de servicio

Limitación de bolsa

• Los pasajeros pueden llevar no más de 2-3 bolsas / paquetes por su cuenta

• Las bolsas deben caber entre medio de los pies del pasajero

• Las bolsas no deben exceder 10 libras en total

• Los conductores no podrán ayudar a llevar paquetes que excedan el límite de peso o llevarlos dentro se su casa o a su destino

Senior Center Division • 1943 Church Ln, San Pablo, CA, 94806
Phone 510-215-3090 • Fax 510-215-3015
Seniors@sanpabloca.gov
www.SanPabloca.gov/seniors

CITY OF SAN PABLO SENIOR & DISABLED TRANSPORTATION 2020

1943 CHURCH LANE || SAN PABLO, CA 94806
PHONE: (510) 215.3095 || Fax: (510) 215.3015

Office use only: Resident ☐ Non- Resident ☐ Volunteer ☐ Staff Initial: _____

RM Entered Date: _____ MSC Entered Date _____ First time ☐ Renewal ☐

Applicant Information

Full Name: _____
Last First Middle Initial

Address: _____
Street Address Apartment/Unit #

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:**_____

Home Phone: _____ **Cell Phone:** _____

Date of Birth: _____

If applicant is 18 and older but under 50 years old, it is required to submit a doctor's note verifying medical disability. Please check the box stating you have included the documents with the application.

Check Box if Documents Are Attached ☐

To determine if applicant is a San Pablo resident a photo I.D. or a utility bill with current address is required. Please check the box stating you have included the documents with the application.

Check Box if Documents Are Attached ☐

Emergency Contact Information:

Name: _____ Relationship: _____

Address & Phone Number: _____

Verification of Personal Care Attendant:

I certify that due to my disability. I require the service of a personal care attendant to assist me on a regular basis and travel with me on theshuttle. I understand that fraudulently claiming to travel with an attendant to avoid paying a fare for a companion may result in suspension of service.

Brief explanation how attendant will assist you: _____

_____

Attendant Name & Phone Number:_____

Personal Care Attendant's Signature**:** _____ Date: _____

CITY OF SAN PABLO SENIOR & DISABLED TRANSPORTATION 2020

1943 CHURCH LANE || SAN PABLO, CA 94806
PHONE: (510) 215.3095 || Fax: (510) 215.3015

Office use only: Resident ☐ Non- Resident ☐ Volunteer ☐ Staff Initial: _____

RM Entered Date: _____ MSC Entered Date _____ First time ☐ Renewal ☐

Información del Aplicante

Nombre Completo: _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____
Calle No. de Apartamento/Unidad

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

Numero de Casa: _____ **Numero de Cellular:** _____

Fecha de Nacimento: _____

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 ☐

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Direccion y 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.

En breve, por favor explique en qué forma le ayuda su acompañante: _____

_____

Nombre y información de contacto del acompañante: _____

Firma del acompañante: _____ Fecha: _____

CITY OF SAN PABLO SENIOR & DISABLED TRANSPORTATION 2020

1943 CHURCH LANE || SAN PABLO, CA 94806
PHONE: (510) 215.3095 || Fax: (510) 215.3015

Personal Information

Please select any of the following mobility aids or specialized equipment:

Cane: ☐ Walker: ☐ Manual Wheel Chair: ☐ Electric Wheel Chair: ☐

Portable Oxygen Tank: ☐ Service Animal: ☐ Electric Scooter: ☐

Other: _____

I understand and acknowledge that my mobility device is within the dimension capacity of 42 inches' long, 30 inches' wide and is weight limit is no more than 600 lbs.

Signature: _____ Date: _____

Gender Identity:

Female ☐ Male ☐ Gender Variant/ Non-Conforming ☐ Transgender Female ☐ Transgender Male ☐

Race:

White ☐ Black or African American ☐ American Indian and Alaska Native ☐

Asian ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐

Ethnicity:

Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino ☐

City of San Pablo Waiver

I, the undersigned or parent/legal guardian of the individual named above, **HEREBY RELEASES, WAIVES, DISCHARGES AND COVENANTS NOT TO SUE THE CITY OF SAN PABLO, ITS EMPLOYEES, OFFICERS AND AGENTS** (hereinafter referred to as 'releasees') from all liability to the participant and undersigned, his or her personal representatives, assigns, heirs and next of kin for any loss, damage, or claim therefore on account of injury to the person or property of the undersigned, whether caused by any active or passive, gross or ordinary negligent act or omission of the releasees or otherwise while the undersigned is participating in the City activity or using any Cityfacilities in connection with the activity.

THE UNDERSIGNED HEREBY AGREES TO **INDEMNIFY AND HOLD HARMLESS** the releasees from all liability, claims, demands, causes of action, charges, expenses, and attorney fees resulting from involvement in this activity whether caused by any negligent act or omission of the releasees, whether active or passive, gross or ordinary negligence, or otherwise.

I understand that accidents can occur during this activity. Knowing the risks of such activity, THE UNDERSIGNED HEREBY **ASSUMES FULL RESPONSIBILITY FOR AND RISK OF BODILY INJURY, DEATH OR PROPERTY DAMAGE** while upon City property or participating in the activity or using any City facilities and equipment whether caused by any such negligent act or omission of releasees or otherwise. The undersigned expressly agrees that the foregoing release and waiver, indemnity agreement and assumption of risk are intended to be as broad and inclusive as permitted by California law.

I hereby give my **CONSENT** for my child to participate in the above activity and I execute this **RELEASE and WAIVER** on his or her behalf and on my own behalf.

I further understand that photographs may be taken of me or my child during the course of these activities and that these photographs may be used in the City of San Pablo publications and social media, such as Facebook. **I HAVE READ AND UNDERSTAND THIS RELEASE**.

Print Name	Signature	Date

CITY OF SAN PABLO SENIOR & DISABLED TRANSPORTATION 2020

1943 CHURCH LANE || SAN PABLO, CA 94806
PHONE: (510) 215.3095 || Fax: (510) 215.3015

Informacion personal

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: _____

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 ☐

Cuidad de San Pablo Renuncia

Yo, el abajo firmante o el padre / tutor legal de la persona mencionada arriba, **LIBERO, RENUNCIO, DESCARGO Y ACUERDO PARA NO DEMANDAR A TODA LA CIUDAD DE SAN PABLO, SUS EMPLEADOS, OFICIALES Y AGENTES** al participante y sus suscriptores, a sus representantes personales, herederos y familiares por cualquier pérdida, daño o reclamo por razón de daño a la persona o propiedad del suscritor, ya sea causado por algún daño activo o pasivo, bruto O negligencia u omisión ordinaria de los liberados o de otra manera mientras el abajo firmante esté participando en la actividad de la Ciudad o usando cualquier facilidad de la Ciudad relacionada con la actividad.

EL ASUNTO SE ACUERDA A **INDEMNIZAR Y SOSTENER LIBREMENTE** las liberaciones de toda responsabilidad, reclamos, demandas, causas de acción, cargos, gastos y honorarios de abogados resultantes de la participación en esta actividad ya sea causada por cualquier acto negligente u omisión de los liberados, O negligencia pasiva, bruta o ordinaria, o de otra manera. Entiendo que pueden ocurrir accidentes durante esta actividad.

Conociendo los riesgos de tal actividad, **EL SUBSIGNADO ASUME LA RESPONSABILIDAD COMPLETA Y EL RIESGO DE LESIONES CORPORALES, MUERTE O DAÑO A LA PROPIEDAD** mientras se encuentra en la propiedad de la Ciudad o participando en la actividad o usando cualquier facilidad y equipo de la Ciudad causada por tal negligencia u omisión de Liberaciones o de otra manera.

El abajo firmante **ESTÁ DE ACUERDO** expresamente en que la exención, renuncia, acuerdo **DE INDEMNIZACIÓN Y ASUNCIÓN DE RIESGO** anteriores están destinados a ser tan amplios e inclusivos como lo permite la ley de California.

Por este medio doy mi consentimiento para que mi hijo / a participe en la actividad anterior y yo ejecuto esta **LIBERACIÓN y RENUNCIA** en su nombre y en mi propio nombre. Además entiendo que se pueden tomar fotografías de mí o de mi hijo durante el transcurso de estas actividades y que estas fotografías pueden ser utilizadas en las publicaciones de la Ciudad de San Pablo y en los medios sociales, como Facebook. **HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTO.**

_____

Nombre Impreso **Firma** **Fecha**