

County Express expanded its services to include Fixed Route, Intercounty, and Paratransit services. As a result, County Express has been providing over 150,000 rides to San Benito County residents and visitors every year.

Dial-A-Ride is not available to residents living within less than three-quarters ($\frac{3}{4}$) mile of Fixed Route Services. Persons with a disability that prevents him/her from independently using the Fixed Route Services in Hollister, may use County Express' Paratransit Service if he/she is qualified. The Paratransit service provides curb-to-curb service to and from the three-quarters ($\frac{3}{4}$) mile area from a Fixed Route.

County Express follows the Americans with Disabilities Act (ADA) of 1990 eligibility standards for Paratransit services. People with disabilities in the following categories are eligible to receive Paratransit services.

- Category 1 – Applicants who cannot independently use County Express Fixed Route service.
- Category 2 – Applicants who can use or learn to use an accessible transit system, but the system is not fully accessible.
- Category 3 – Applicants who have a specific impairment that prevents them from getting to or from a bus stop.

If you believe that you qualify for County Express's Paratransit service, please complete the attached application and mail it to:

San Benito County Local Transportation Authority
330 Tres Pinos Road, Suite C7
Hollister, CA 95023

All information provided during the certification process *will be kept strictly confidential*. The questions on this application are designed to provide assistance in determining your functional abilities. *A separate medical verification is not required as part of this application process*. However, you are asked to provide the names of two individuals who can confirm the information you provided in your application.

All information regarding the certification process and Paratransit services will be made available in accessible formats upon request.

Should you have any questions, please contact the Local Transportation Authority at (831) 637-7665.

SAN BENITO COUNTY LOCAL TRANSPORTATION AUTHORITY
INSTRUCTIONS AND APPLICATION FOR PARATRANSIT ELIGIBILITY

County Express' Paratransit services are for individuals that cannot independently use the Fixed Route service, the closest bus stop is not yet accessible, or there is a physical barrier to get to or from the bus stop. If you believe that you have a disability that prevents you from independently using the Fixed Route service in Hollister, please complete the following application.

When completing the application please be sure that:

- ✓ You have answered all questions clearly in ink or typed
- ✓ You have included the name, phone number & fax number of the licensed professional who is familiar with your disability or health related condition
- ✓ You have signed Part 4.

If you would like to have your doctor fill out the doctor's verification form at an upcoming doctor's visit, please check the box that says "Please send me a doctor's verification form," and the form will be sent to you. If you do not check the box, the Local Transportation Authority will send one to your doctor on your behalf.

If you are completing the application electronically, you will have to print out the entire application after you have completed it. Please remember to sign Part 4 as we do not currently accept electronic signatures. If you do not sign Part 4, your eligibility determination may be delayed.

It is important to **complete all parts** of this form. ***Applications that are not complete, legibly written, and signed will be returned, which will delay the eligibility determination.*** If you have any questions about the application, please call the Local Transportation Authority at (831) 637-7665.

Once the application has been received, the Local Transportation Authority will determine eligibility on a case by case basis. Eligibility is based on one or more of the criteria mandated by Federal law, the Americans with Disabilities Act (ADA).

Within 21 days of receipt of your application, a letter of determination will be sent to you. If you are eligible, a letter of approval and your Paratransit card will be sent to you. If are not eligible, the letter will explain reasons for the determination of ineligibility; and you have the right to appeal the ineligible decision within 60 days in writing. As part of the process, you may be required to do an in-person or telephone interview.

After completing the application, please submit it by mail or in person to the following address:

San Benito County Local Transportation Authority
330 Tres Pinos Road, Suite C7
Hollister, CA 95023

The information obtained in this certification *will be kept strictly confidential*. The questions on this application are designed to provide assistance in determining your functional abilities. It is possible that after review of your application, you may be asked to verify the information contained herein or you may be asked to provide additional information. This may require a telephone or personal interview.

It is important to **complete all parts** of this form. ***Applications that are not complete, legibly written, and signed will be returned, which may delay your eligibility determination.***

PART 1: GENERAL INFORMATION

Full Name (First, Middle, Last): _____

Date of Birth: _____ Primary Language: English Spanish Other: _____

Daytime Phone: _____ Evening Phone: _____

Home Address: _____ City: _____ Zip: _____

Are you a new applicant or renewing your eligibility?

If renewing, what is your Paratransit I.D. Number? (Your I.D. number can be found on your eligibility card). _____

If mailing address is not the same as above, please provide below:

Mailing Address: _____ City: _____ Zip: _____

If assistance was provided in filling out this form, please indicate by whom:

Full Name (First and Last): _____ Phone: _____

Relationship: _____ Contact for more information directly? Yes No

Please provide the name and phone numbers of a person we can call in case of an emergency.

Full Name: _____ Relationship: _____

Daytime Phone: _____ Alternate Phone: _____

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Record Number: _____

Status: ___ Approved ___ Denied ___ In Progress

I.D. Number: _____

Determination Date: _____

Date Received: _____

Expiration Date: _____

Application Received: ___ Complete ___ Incomplete

Processed By: _____

Application Sent Back: ___ No ___ Yes Date: _____

Approved By: _____

Eligibility Default Date: _____

Database Entry Date: _____

Date of 1st Attempt Contact: _____

Progress Notes: _____

Date of 2nd Attempt Contact: _____

Date of 3rd Attempt Contact: _____

Date of Doctor Approval: _____

PART 2: CURRENT USAGE AND ACCESS OF FIXED ROUTE

Please answer the following questions in detail—your specific answers to the questions will help us in determining your eligibility.

1. Have you ever used County Express' Fixed Route bus service or similar service in other areas?
 - Yes, usually _____ times a week.
 - Yes, but I stopped because _____.
 - I have never used fixed route buses.

2. If you currently do not use the Fixed Route buses, is there something that might help you ride them? (Check all that applies)
 - Yes, if bus stops were closer to where I live and where I need to go.
 - Yes, if I could learn to use the County Express system.
 - Yes, if route and schedule information was easily accessible.
 - Yes, if *(describe)* _____.
 - No, nothing would help me ride the Fixed Route buses.

3. How far from your home is the nearest bus stop?
 - Less than 1 block. 1-2 blocks. 3-4 blocks. 5 or more blocks.
 - I don't know.

PART 3: DISABILITY AND/OR HEALTH-RELATED CONDITIONS

1. What is your disability or health-related condition that prevents you from using Fixed Route service? How does your disability or health-related condition prevent you from using the Fixed Route service?

 - a. The conditions you described are: Permanent Temporary
 - b. If temporary, what is the date of expected recovery? _____
 - c. If pregnant, what is your due date? _____

2. Does your health condition or transportation disability change from day to day in a way that affects your ability to use public buses?
 - Yes, good on some days, bad on others. No, doesn't change. I Don't Know
 - a. If "Yes" or "I Don't Know" is selected please briefly explain below.

3. For the following (a-g), indicate whether you independently are able to perform the following functions.
 - a. Are you able to understand directions needed to complete a trip or public transit? (This does not refer to being unaccustomed to the English language.)
 - Yes No Sometimes I'm Not Sure

- b. Are you able to correctly identify the bus stop and/or bus?
 Yes No Sometimes I'm Not Sure
- c. Are you able to get to and from the nearest bus stop?
 Yes No Sometimes I'm Not Sure
- d. Are you able to wait at least 15 minutes at a bus stop?
 Yes No Sometimes I'm Not Sure
- e. Are you able to grasp handles or railings, coins, or tickets while boarding and exiting the bus?
 Yes No Sometimes I'm Not Sure
- f. Are you able to maintain balance and tolerate the movements of the bus when seated?
 Yes No Sometimes I'm Not Sure
- g. Are you able to easily access the bus stop and/or the bus?
 Yes No Sometimes I'm Not Sure

Provide explanation for all "No," "Sometimes," and "I'm Not Sure" answers below. If there are no explanations provided, the application will be considered incomplete and may delay your eligibility determination. (Attach additional pages if the space provided is not enough.)

4. Please indicate below if you use any of the following mobility aids or equipment. Check all that applies.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cane | <input type="checkbox"/> Walker | <input type="checkbox"/> Stroller / Carseat |
| <input type="checkbox"/> Manual Wheelchair | <input type="checkbox"/> Motorized Wheelchair | <input type="checkbox"/> Powered Scooter / Cart |
| <input type="checkbox"/> Respirator / Oxygen Tank | <input type="checkbox"/> Service Animal | <input type="checkbox"/> Crutches, |
| <input type="checkbox"/> Leg Brace | <input type="checkbox"/> White Cane | |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | <input type="checkbox"/> I do not require assistive devices. | |

5. Do you require a Personal Care Attendant when you travel using the bus? Yes No

a. If you do, please provide the following information.

Personal Care Attendant's Full Name: _____

Home Address: _____ City: _____ Zip: _____

Daytime Phone: _____ Alternate Phone: _____

b. Please provide an emergency contact for your Personal Care Attendant.

Full Name: _____ Relationship: _____

Daytime Phone: _____ Alternate Phone: _____

6. Are you a customer of another Paratransit System? Yes No

a. If you are, please provide the following information and a photocopy of your current card.

Name of Paratransit System: _____ Expiration Date: _____

7. Are you a current Medicare recipient? If yes, please provide a copy of your current Medicare card. Yes No

8. If you are not approved for Paratransit service, would you be interested in more information about County Express Courtesy Card? Yes No

PART 4: APPLICATION CERTIFICATION AND PROFESSIONAL AUTHORIZATION

I certify that the information in this application is true and correct. I understand that falsification of the information may result in denial of service. I understand all information will be kept confidential, and only the information required to provide the services I request will be disclosed to those who perform the services.

I hereby authorize the professional(s) listed below to provide any information required to complete this certification. The information released will be used solely to determine my eligibility and I realize that I have the right to receive a copy of this authorization. I understand that I may revoke this authorization at any time.

Applicant/Guardian’s Signature _____ Date _____

Name of **Primary** Physician or Caseworker: _____

Office Number: _____ Fax Number: _____

Address: _____ City: _____ Zip: _____

Name of **Secondary** Physician or Caseworker: _____

Office Number: _____ Fax Number: _____

Address: _____ City: _____ Zip: _____

County Express ha ampliado sus servicios para incluir la Ruta Fija, Rutas Entre Condados, y los servicios de Paratransito ("Paratransit"). Como resultado, County Express ha proveído más de 150,000 viajes para los residentes y visitantes del Condado de San Benito cada año.

El servicio de Acera-a-Acera no está disponible para los residentes que viven dentro de tres cuartos de ($\frac{3}{4}$) millas de los servicios de ruta fija. Las personas con una discapacidad que les impide utilizar de manera autónoma los servicios de ruta fija en Hollister, pueden utilizar el servicio de County Express Paratransito si él / ella es calificado. El servicio de Paratransito ofrece servicio de acera-a-acera hacia y desde los tres cuartos ($\frac{3}{4}$) zona de milla de una ruta fija.

County Express sigue las normas de elegibilidad para los servicios de Paratransito establecidas por la Acta de Americanos con Discapacidades (ADA) de 1990. Las personas con discapacidad en las siguientes categorías son elegibles para recibir servicios de Paratransito.

- 1^{er} Categoría – Solicitantes que no pueden utilizar el servicio de ruta fija de County Express de una manera autónoma
- 2^a Categoría – Solicitantes que pueden utilizar o aprender a utilizar un sistema de transporte accesible, pero ese sistema no esta completamente disponible.
- 3^{er} Categoría – Solicitantes que tengan una discapacidad específica que les impide ir hacia o desde una parada de autobús.

Si usted cree que califica para el servicio de Paratransito County Express, por favor complete la solicitud adjunta y envíela por correo a:

San Benito County Local Transportation Authority
330 Tres Pinos Road, Suite C7
Hollister, CA 95023

Toda la información proporcionada durante el proceso de certificación se mantendrá estrictamente confidencial. Las preguntas en esta solicitud están diseñadas para proporcionar asistencia en la determinación de sus capacidades funcionales. Una verificación médica por separado no es necesaria como parte de este proceso de aplicación. Sin embargo, se le pedirá que proporcione los nombres de dos personas que puedan confirmar la información que proporcionó en su aplicación.

Toda la información sobre este proceso de certificación y sobre los servicios Paratransito estará disponible en formatos accesibles si es pedida.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la Autoridad Local de Transporte al (831) 637-7665.

SAN BENITO COUNTY LOCAL TRANSPORTATION AUTHORITY
INSTRUCTIONS AND APPLICATION FOR PARATRANSIT ELIGIBILITY

Servicios de Paratransito de County Express son para personas que no pueden utilizar de forma independiente el servicio de ruta fija, la parada de autobús más cercana aún no es accesible o existe una barrera física para llegar o partir de la parada de autobús. Si usted cree que usted tiene una discapacidad que le impide usar el servicio de forma independiente el servicio de ruta fija en Hollister, por favor complete la solicitud adjunta.

Al llenar la solicitud, por favor asegúrese de que:

- ✓ Ha respondido todas las preguntas con claridad en tinta o a maquina
- ✓ Ha incluido el nombre, número de teléfono y número de fax del profesional con licencia que esté familiarizado con su discapacidad o condición relacionada con su salud
- ✓ Ha firmado la parte 4

Si desea que su doctor llene la forma de verificación medica en su próxima cita medica, por favor marque la cajilla que dice "Por favor mándenme una forma de verificación medica", y la forma será enviada a usted. Si usted no marca la cajilla, la Autoridad de Transporte Local enviara la forma al doctor en su nombre.

Si usted está llenando la solicitud electrónicamente, usted tendrá que imprimir toda la solicitud después de haber terminado. Por favor recuerde firmar la Parte 4, ya que actualmente no se acepta la firma electrónica. Si usted no firma la parte 4, la determinación de su elegibilidad puede ser retrasada.

Es importante **completar todas las partes** de esta solicitud. ***Las solicitudes que no están completas, escritas legiblemente, y firmadas serán devueltas y retrasara la determinación de elegibilidad.*** Si usted tiene preguntas sobre la solicitud, por favor llame a la Autoridad Local de Transporte al (831) 637-7665.

Una vez que la solicitud ha sido recibida, la Autoridad Local de Transporte determinará la elegibilidad en una base de caso por caso. La elegibilidad se basa en uno o más de los criterios exigidos por la ley federal, la Acta de Americanos con Discapacidades (ADA).

Dentro de los 21 días siguientes a la recepción de su solicitud, una carta de determinación será enviada a usted. Si usted es elegible, una carta de aprobación y su tarjeta de Paratransito serán enviadas a usted. Si usted no es elegible, la carta le explicará las razones de la determinación de inelegibilidad, y usted tiene el derecho de apelar la decisión inelegible dentro de 60 días por escrito. Como parte del proceso, es posible que tenga que hacer una entrevista en persona o por teléfono.

Después de completar la solicitud, por favor, envíe por correo o entréguela en persona a la siguiente dirección:

San Benito County Local Transportation Authority
330 Tres Pinos Road, Suite C7
Hollister, CA 95023

La información obtenida en esta certificación se mantendrá estrictamente confidencial. Las preguntas en esta solicitud están diseñadas para proporcionar asistencia en la determinación de sus capacidades funcionales. Es posible que después de la revisión de su solicitud, se le pueda pedir que verifique la información contenida en este documento o se le puede pedir que proporcione información adicional. Esto puede requerir una entrevista personal o por teléfono.

Es importante **completar todas las partes** de esta solicitud. **Las solicitudes que no están completas, escritas legiblemente, y firmadas serán devueltas y puede retrasar la determinación de elegibilidad.**

PARTE 1: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Idioma Primario: Español Inglés Otro: _____

Teléfono de Día: _____ Teléfono de Noche: _____

Dirección Residencial: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

¿Es un solicitante nuevo o está renovando su elegibilidad?

¿Si está renovando, cual es su numero de identificación? (Puede encontrar su numero de identificación en su tarjeta de elegibilidad). _____

Si la dirección postal no es la misma que la dirección residencial, indique aquí:

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Si alguien le ayudo a llenar esta solicitud, por favor indique quien:

Nombre (Nombre y Apellido): _____ Teléfono: _____

Relación: _____

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Record Number: _____

Status: ___ Approved ___ Denied ___ In Progress

I.D. Number: _____

Determination Date: _____

Date Received: _____

Expiration Date: _____

Application Received: ___ Complete ___ Incomplete

Processed By: _____

Application Sent Back: ___ No ___ Yes Date: _____

Approved By: _____

Eligibility Default Date: _____

Database Entry Date: _____

Date of 1st Attempt Contact: _____

Progress Notes: _____

Date of 2nd Attempt Contact: _____

Date of 3rd Attempt Contact: _____

Date of Doctor Approval: _____

¿Podemos contactar a esta persona directamente para más información? Sí No *Por favor, indique el nombre y números de teléfono de una persona que podemos llamar en caso de una emergencia.*

Nombre Completo: _____ Relación: _____

Teléfono de Día: _____ Teléfono Alternativo: _____

PARTE 2: USO ACTUAL Y ACCESO A LA RUTA FIJA

Por favor conteste las siguientes preguntas en detalle—sus respuestas específicas a las preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad.

1. ¿Ha utilizado el servicio de Ruta Fija de County Express o un servicio similar en otras áreas?

- Sí, usualmente _____ veces por semana.
- Si, pero me detuve porque _____.
- Nunca e usado los autobuses de ruta fija.

2. Si actualmente no usa el servicio de ruta fija, ¿hay algo que le podría ayudar a usar el servicio? (Marque todos los que se aplica)

- Sí, si las paradas de autobuses estarían más cerca de donde vivo y donde tengo que ir.
- Sí, si yo pudiera aprender a usar el sistema de County Express.
- Sí, si la información de rutas y el horario fueran fácilmente accesibles.
- Sí, si *(describa)* _____.
- No, nada me ayudaría a usar los autobuses de ruta fija.

3. ¿A qué distancia de su casa esta la parada de autobús más cercana?

- Menos de 1 cuadra 1-2 cuadas. 3-4 cuadas. 5 o mas cuadas.
- No estoy seguro/a.

PARTE 3: DISCAPACIDAD Y/O CONDICIONES RELACIONADAS A SU SALUD

1. ¿Cuál es su discapacidad o condición relacionada con la salud que le impide usar el servicio de ruta fija? ¿De qué manera le impide usar el servicio de ruta fija?

- a. Las condiciones que usted describe son: Permanente Temporal
- b. Si son temporal, ¿cual es la fecha de recuperación? _____
- c. Si esta embarazada, ¿cual es la fecha en la que espera dar a luz? _____

2. ¿Existe un cambio de día a día que afecta la condición de su salud o en su discapacidad de transporte que afecta su habilidad de usar los autobuses públicos?

Sí, unos días bien, otros mal. No, no cambia. No sé.

a. Si selecciono “Sí” o “No sé” por favor explique brevemente a continuación.

3. Para las siguientes preguntas (a-g), indique si puede realizar las siguientes funciones independientemente.

a. ¿Es capaz de entender las instrucciones necesarias para completar un viaje usando el transporte público? (Esto no se refiere a no estar familiarizado con el idioma Inglés.)

Sí No A veces No estoy seguro/a

b. ¿Es capaz de identificar correctamente la parada de autobús y / o autobús?

Sí No A veces No estoy seguro/a

c. ¿Es capaz de ir y venir a la parada de autobús más cercana?

Sí No A veces No estoy seguro/a

d. ¿Es capaz de esperar por lo menos 15 minutos en una parada de autobús?

Sí No A veces No estoy seguro/a

e. ¿Es capaz de agarrar la manija o la barandilla, monedas, o fichas mientras entra o sale del autobús?

Sí No A veces No estoy seguro/a

f. ¿Es capaz de mantener el balance o tolerar los movimientos del autobús mientras esta sentado?

Sí No A veces No estoy seguro/a

g. ¿Es capaz de acceder fácilmente a la parada de autobús y/o al autobús?

Sí No A veces No estoy seguro/a

Proporcione una explicación para todas las respuestas en las que marco “No”, “A veces” y “No estoy seguro” en el espacio de abajo. Si no hay explicaciones, la solicitud será considerada incompleta y puede retrasar su determinación de elegibilidad. (Adjunte páginas adicionales si el espacio no es suficiente.)

4. Por favor, indique a continuación si usted usa algún equipo o una de las siguientes ayudas para la movilidad. Marque las que correspondan.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Andadera | <input type="checkbox"/> Cohecito |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Escuter eléctrico |
| <input type="checkbox"/> Respirador | <input type="checkbox"/> Perro guía | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Apoye para las piernas | <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Tanque de oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> No ocupo equipo de asistencia. | |

5. ¿Necesita un asistente de cuidado personal cuando viaja por autobús? Sí No

a. Si es que sí, por favor propocione la siguiente informción.

Nombre del Asistente de Cuidado Personal: _____

Dirección Residencial: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Día: _____ Teléfono Alternativo: _____

b. Por favor, proporcione un contacto de emergencia para su asistente de cuidado personal.

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de Día: _____ Teléfono Alternativo: _____

6. ¿Es un cliente de otro sistema de Paratransito? Sí No

a. Si lo es, por favor proporcione la siguiente información y una copia de su tarjeta actual.

Nombre del sistema de Paratransito: _____ Fecha de Vencimiento: _____

7. ¿Es usted un beneficiario actual de Medicare? Si es un beneficiario de Medicare, por favor proporcione una copia de su tarjeta actual de Medicare. Sí No

8. Si usted no es aprobado para el servicio de Paratransito, ¿estaría interesado en obtener más información sobre la Tarjeta de Cortesía de County Express? Sí No

PARTE 4: CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN A UN PROFESIONAL

Yo certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Yo entiendo que la falsificación de la información puede resultar en la negación de servicio. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial, y sólo la información necesaria para proporcionar los servicios que yo solicito será compartida con los que realizan los servicios.

Por la presente autorizo a los profesionales que se enumeran a continuación para proporcionar toda la información necesaria para completar esta certificación. La información publicada se utilizará exclusivamente para determinar mi elegibilidad y me doy cuenta que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del Solicitante/Guardián _____ Fecha _____

Nombre (Médico o trabajador social) **Primario:** _____

Número de Teléfono: _____ FAX: _____

Dirección (Calle, Ciudad, Código Postal): _____

Nombre (Médico o trabajador social) **Alternativo:** _____

Número de Teléfono: _____ FAX: _____

Dirección (Calle, Ciudad, Código Postal): _____



330 Tres Pinos Road, Suite C7
Hollister, CA 95023
831.637.7665
www.SanBenitoCountyExpress.org

Courtesy Card Application

The County Express Courtesy Card entitles the cardholder to receive a discount on County Express bus passes and tokens. The Card only indicates that the cardholder qualifies for the discount fare based on age and/or a disability. It does not mean the cardholder is eligible for Paratransit service. Eligibility determination and notification will occur within 7 to 10 business days. Upon expiration, cardholders are required to submit a new application form for recertification. *Information submitted for the Courtesy Card will be kept strictly confidential.*

Part 1: Instructions

- A. Fill out Part 2, 3, and 4 completely.
- B. Submit the completed application, a photo ID, and acceptable documents (listed in Part 3) verifying your eligibility **in-person** to the Local Transportation Authority Office at 330 Tres Pinos Road, Suite C7 in Hollister, California. Incomplete or mailed applications will not be processed. If you have any questions, call the Local Transportation Authority at 831.637.7665.
- C. If your eligibility category requires a note from your physician or caseworker, you must obtain the note before submitting the application. The documentation must be submitted at the same time of the application.

Part 2: General Information

Full Name (First, Middle, Last): _____

Street Address: _____

City: _____ Zip: _____

Daytime Phone: _____ Evening Phone: _____

Language: English Spanish Other: _____

If your mailing address is not the same as above, please provide below:

Street Address: _____

City: _____ Zip: _____

Part 3: Eligibility Category

Check only one category. Verification is required and a list of acceptable documentation is listed below. Documents must be submitted at the same as the application in person.

Under the age of 17 Over the age of 65 Medicare Recipient

Birth Date: _____ Birth Date: _____

Physical Disability Developmental Disability Cognitive/Mental Disability

Category	Acceptable Documents
Age	Identification Card; Driver's License; Passport; Birth Certificate; Elementary and Middle Student School Identification; or any other official documents with name and date of birth
Disability	Medicare Card, Physician's or Caseworker note confirming disability, DMV Placard, Service Connected Disability ID Card, VA Certification, or other California Transit Agency (i.e. Regional Transit Connection, Paratransit Eligibility Card, etc.)
Medicare	Medicare Card

Part 4: Application Certification

I certify that the information in this application is true and correct. I understand that falsification of the information may result in denial of service. I understand all information will be kept confidential, and only the information required to provide the services I request will be disclosed to those who perform the services.

I understand that the Courtesy Card only certifies eligibility for a discount fare and does not entitle eligibility for Paratransit service.

Applicant/Guardian's Signature _____ Date _____

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Card Number: _____

Status: Approved Denied

Date Received: _____ Default Date: _____

Expiration Date: _____

Application Received: Complete Incomplete

Processed and Approved By: _____

Document Submitted: _____

Solicitud de Tarjeta de Cortesía

El County Express Cortesía tarjeta da derecho al titular a recibir un descuento en pases de autobús Express del Condado y fichas. La tarjeta sólo indica que el titular reúne los requisitos para el descuento de la tarifa basada en la edad y / o una discapacidad. Esto no significa que el titular tiene derecho a servicio de paratransito. determinación de elegibilidad y la notificación se producirá dentro de 7 a 10 días hábiles. Al vencimiento, los titulares están obligados a presentar un nuevo formulario de solicitud para la recertificación. *La información presentada para la tarjeta de turismo se mantendrá estrictamente confidencial.*

Parte 1: Instrucciones

- A. Llene la Parte 2, 3 y 4 en su totalidad.
- B. Presentar la solicitud completa, una identificación con foto y documentos aceptables (en la parte 3) verificar su elegibilidad **en persona** a la Autoridad Local de Transporte Oficina en 330 Tres Pinos Road, Suite C7 en Hollister, California. O por correo las solicitudes incompletas no serán procesados. Si usted tiene alguna pregunta, llame a la Autoridad Local de Transporte al 831.637.7665.
- C. Si su categoría de elegibilidad requiere una nota de su médico o trabajador social, debe obtener la nota antes de presentar la solicitud. La documentación deberá presentarse en el momento mismo de la solicitud.

Parte 2: Información General

Nombre Completo (Primer, Apellido): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono Durante el Día: _____ Teléfono Durante la Noche: _____

Idioma: Inglés Español Other: _____

Si su dirección de correo no es lo mismo que el anterior, indique a continuación:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Parte 3: Categoría de Elegibilidad

Marque sólo una categoría. La verificación es necesaria y una lista de documentos aceptables se indican a continuación. Los documentos deben ser presentados en la misma que la solicitud en persona.

En la edad de 17 años Más de 65 años Destinatarios de Medicare

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Discapacidad Física Discapacidad del desarrollo Discapacidad Cognitiva / discapacidad mental

Category	Acceptable Documents
Edad	Tarjeta de Identificación, Licencia de Conducir, Pasaporte, Certificado de Nacimiento, Primaria y Secundaria Estudiante de la Escuela de identificación, o cualquier otro documento oficial con nombre y fecha de nacimiento
Discapacidad	Tarjeta de Medicare, es el médico o trabajador social tenga en cuenta la discapacidad de confirmar, Cartel del DMV, la discapacidad relacionada con el servicio de tarjetas de identificación, VA certificación, u otro Organismo de Tránsito de California (es decir, de conexión regional de tránsito, Paratransit Tarjeta de elegibilidad, etc)
Medicare	Tarjeta de Medicare

Parte 4: Solicitud de Certificación

Yo certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación de la información puede resultar en la denegación de servicio. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial, y sólo la información necesaria para proporcionar los servicios que solicite será revelada a los que prestar los servicios.

Entiendo que la tarjeta de cortesía sólo certifica la elegibilidad para una tarifa de descuento y no dan derecho de elegibilidad para el servicio de Paratransit.

Solicitante / tutor Firma _____ Fecha _____

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Card Number: _____

Status: Approved Denied

Date Received: _____ Default Date: _____

Expiration Date: _____

Application Received: Complete Incomplete

Processed and Approved By: _____

Document Submitted: _____