

Municipio de Winfield

Programa de Transporte Ride DuPage

**DECLARACION DE ENTENDIMIENTO**

Entiendo que la información contenida en el formulario de registro de Ride DuPage solo se utilizará para determinar mi estado de elegibilidad para el patrocinador subsidiado y para fines de facturación y supervisión.

He recibido y entiendo la guía del usuario de Ride DuPage y entiendo los criterios de elegibilidad. Estoy de acuerdo en cumplir con las reglas y requisitos del programa adoptados por el Municipio de Winfield.

Entiendo que las compañías de taxis y autobuses y sus conductores son contratistas independientes y no son empleados ni agentes del Municipio de Winfield.

Entiendo que el Municipio de Winfield no ejerce ningún control sobre las compañías de taxis y autobuses ni sobre sus conductores bajo este programa.

Entiendo que el Municipio de Winfield no hace ninguna representación con respecto a la calidad o competencia de las compañías de taxis y autobuses, sus conductores u otros empleados.

Entiendo que cualquier queja relacionada con el programa debe dirigirse primero a Pace a través de su Departamento de Servicio al Cliente (1-847-228-4208).

Entiendo que el programa Ride DuPage del Municipio de Winfield opera sin importar la raza, el color y el origen nacional de conformidad con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles. Cualquier persona que crea que ha sido afectada por cualquier práctica discriminatoria en virtud del Título VI puede presentar una queja ante la Administradora del Municipio de Winfield en 130 Arbor Ave. West Chicago, IL 60185, (630)231-3591.

---

Firma del Participante de Ride DuPage

Fecha

## Municipio de Winfield FORMULARIO DE SOLICITUD RIDE DUPAGE

APPELLIDO: \_\_\_\_\_ INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ GENERO:  MASCULINO  FEMENINO

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
NUMERO CALLE N° DE APTO.

TELEFONO: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
AREA

MÓVIL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
AREA MES DÍA AÑO

Contacto de Emergencia (Nombre y Teléfono.) \_\_\_\_\_

DISCAPACITADO (menos de 65 años) **provee** → N° de Tarjeta RTA

¿Utiliza alguna de estas ayudas o equipos de movilidad? (Marque todo lo que corresponda.)

<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Muletas	<input type="checkbox"/> Caminante	<input type="checkbox"/> Oxígeno portátil
<input type="checkbox"/> scooter eléctrico	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Bastón largo blanco
<input type="checkbox"/> Animal de Servicio	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)		
<input type="checkbox"/> Yo necesito de un vehículo equipado con ascensor			
¿Alguna vez necesita llevar a alguien con usted (un "asistente de cuidado personal" o "asistente personal")?			
<input type="checkbox"/> Sí, siempre	<input type="checkbox"/> Si, a veces	<input type="checkbox"/> No	
Por favor, proporcione cualquier información adicional que debemos conocer (es decir, problemas de visión / audición, Alzheimer, etc.)			

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>	
Incorporated Warrenville <input type="checkbox"/>	Incorporated West Chicago <input type="checkbox"/>
Winfield and unincorporated City of West Chicago <input type="checkbox"/>	

**\* Firme y feche la Declaración de Entendimiento en el reverso de la solicitud. \***