

For SEPTA Use Only/ Para uso de SEPTA

ID #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EVAL DATE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VER. DOC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EQUIP CODE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Shared Ride Program**

# **Programa de Viaje Compartido “Shared Ride”**

**Senior Citizen Registration Form**

Documento de Registro Para Personas de la Tercera Edad

Last Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M. I.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido: Nombre: Inicial del Nombre Medio:

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apt.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: Apto:

City: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: Estado: Código Postal:

Date of Birth: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sex: Male [ ]  Female [ ]

Fecha de nacimiento: Sexo: Masculino Femenino

Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Núm de Teléfono: Dirección de Correo Electrónico:

Emergency Contact Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Contacto de Emergencia:

Emergency Contact Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apt.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del Contacto de Emergencia: Apto:

Emergency Contact City: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_State: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad del Contacto de Emergencia: Estado: Código Postal:

Emergency Contact Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono del Contacto de Emergencia: Relación:

**Proof of Age Documents: Documentos de Prueba de Edad:**

You must submit a copy of one proof of age document with this application. DO NOT send an original document in the mail. This document will not be returned to you. The following are the ONLY acceptable proof of age documents.

Con esta solicitud debe enviar una copia de un documento que prueba su edad. No envíe un documento original por correo, pues este documento no le será devuelto. Los siguientes documentos son los ÚNICOS que aceptamos como prueba de su edad.

[ ]  1. Birth *I* Baptismal Certificate Certificado de nacimiento/bautismo

[ ]  2. Valid Driver's License Licencia de conducir válida

[ ]  3. Pennsylvania Non-Driver's License Tarjeta de identificación de no conductores de Pennsylvania

[ ]  4. PACE Card Tarjeta PACE

[ ]  5. Passport Pasaporte

[ ]  6. Naturalization Papers Papeles de naturalización

[ ]  7. Armed Forces Discharge Papers Papeles de baja de las fuerzas armadas

[ ]  8. Statement of age Verification from Social Security Administration

 Documento de verificación de su edad expedido por la Administración de la Seguridad Social

[ ]  9. Veteran's Universal Access ID Card Tarjeta de identificación de acceso universal de veteranos de guerra

[ ]  10. Resident Alien Card Tarjeta de residente extranjero

-OVER- VEA EL DORSO

**CCT Connect Shared Ride Program**

**Registration Form**

# **Documento de Registro para el Programa de Viaje Compartido de CCT Connect**

**Do you have a disability?** ¿Tiene una discapacidad?

[ ]  Yes • Sí [ ]  No • No

**Type of Disability?:** (Please check all that apply and describe your disability.)

Tipo de discapacidad: (Por favor marque lo que corresponda y describa su discapacidad)

[ ]  Physical Física [ ]  Mental Mental [ ]  Visual Visual [ ]  Hearing Auditiva

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Do you use a wheelchair or other mobility aid? (Check all that apply.)

¿Utiliza una silla de ruedas u otro dispositivo de movilidad? (Marque todo lo que corresponda)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Manual Wheelchair | [ ]  Motorized Wheelchair [ ]  Scooter Chair | [ ]  Walker |
| Silla de ruedas manual | Silla de ruedas motorizada Silla *scooter* | Andador |

 [ ]  Cane/Crutches [ ]  Guide Dog [ ]  Portable Oxygen

 Bastón/Muletas Perro guía Oxígeno portátil

If you use a wheelchair or scooter, please list your weight \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si usted utiliza una silla de ruedas o *scooter*, por favor escriba el peso

The weight of your chair\_\_\_\_\_\_\_\_\_, the width of your chair \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_and the length of your chair\_\_\_\_\_\_\_\_

Peso de su silla Anchura de su silla Longitud de su silla

**Can you transfer from your wheelchair to a seat on the vehicle?**

¿Se puede trasladar de su silla de ruedas a un asiento en el vehículo?

[ ]  Yes • Sí [ ]  No • No

I certify that the information I am providing is true and correct to the best of my knowledge.  I understand that supplying false information can disqualify my application and or subsequent registration.

Certifico que la información que proporciono es correcta y verdadera bajo mi conocimiento. Entiendo que proveer información falsa puede descalificar mi solicitud y posterior registro.

I understand that CCT Connect is a door-to-door ride sharing service provided on a space available basis.  Attendant-type services are not provided by SEPTA CCT Connect; drivers provide limited arm assistance only.  I agree to all terms of service and to follow all rules of conduct while on board CCT Connect vehicles.

Entiendo que CCT Connect es un servicio de viaje de puerta a puerta proporcionado en base al espacio disponible. No se proporciona asistencia física por parte de SEPTA CCT Connect; los conductores solo proporcionan asistencia limitada en el brazo. Acepto todas las condiciones de servicio y cumplir con todas las reglas de conducta a bordo de los vehículos de CCT Connect.

Applicant’s Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del solicitante:

This form was signed & certified on behalf of applicant who is unable to sign by:

Este documento fue firmado y completado en nombre del solicitante por:

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: Relación:

Mail completed form with a copy of your proof of age to:

Envíe este documento completado junto con una copia de su prueba de edad a:

# SEPTA CCT Connect

1234 Market Street • 4th floor • Philadelphia • PA 19107-3780

215-580-7145 • Fax215-580-7132

**SEPTA**