

FOR OFFICE USE ONLY

Card

Entered

Town of West Hartford Dial-A-Ride
Age 60+ MEMBERSHIP APPLICATION

July 1, 2022 – June 30, 2023

FOR OFFICE USE ONLY

Date _____

Check # _____

Amount _____

Initials _____

Annual Fee: \$50.00

Payment must accompany application form.

A separate membership application and annual fee is required for each household member.

Eligibility:

WH Residents age 60 years or older

WH Residents under 60 with Qualified Disability: Please call 860-561-7561 to request a Qualified Disability application. Dial A Ride does not serve skilled nursing facilities.

Renewal _____ New _____

Last Name: _____ First Name: _____

Address: _____ Apt. # _____ West Hartford, CT 061 _____ (Zip Code)

Phone: (860) _____ - _____ Date of Birth: _____ / _____ / _____

Wheelchair Used? Yes _____ No _____ Hearing Impaired? Yes _____ No _____

Wheelchair Type: Electric _____ Manual _____ Visually Impaired? Yes _____ No _____

Special Assistance Required? Yes _____ No _____ Assisted by: Cane _____ Walker _____

Email Address: _____ Preferred Language _____

Additional Notes: _____

EMERGENCY CONTACT INFO:	Relationship to Rider: _____
Name: _____	Phone: _____

Applicant Or Legal Representative's Signature

Date

Please make your check payable to **WH Dial-A-Ride** and return completed form with payment to:
West Hartford Dial-A-Ride, 50 South Main Street, Rm. 306, West Hartford, CT 06107.

Please consider helping the Town sustain the Dial-A-Ride program by making a tax-deductible donation.
 Thank you for your consideration and generosity!

_____ Membership Fee
 _____ Additional Donation (tax deductible)
 \$ _____ **Total Amount Enclosed**

Please feel free to contact the office with any questions ~ (860) 561-7561

FOR OFFICE USE ONLY

Card
Entered

Ciudad de West Hartford Dial-A-Ride
Edad 60 + SOLICITUD DE MEMBRESÍA
1 de julio de 2022 - 30 de junio de 2023

FOR OFFICE USE ONLY

Date _____
Check # _____
Amount _____
Initials _____

Cuota annual - \$ 50.00

- El pago debe acompañar al formulario de solicitud.
- Se requiere una solicitud de membresía separada y una tarifa anual para cada miembro del hogar.

Elegibilidad:

- Ser residente de West Hartford,
- tener 60 años de edad o mayor,
- Si es menor de 60 años de edad, tiene que calificar al tener una discapacidad calificada. Por favor llame al 860-561-7561 para solicitar una aplicación para discapacidad calificada.
- Dial A Ride no presta servicios en centros de enfermería especializada.

Renovación _____ Nuevo _____

Apellidos: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Apt. # _____ West Hartford, CT 061 _____ (Código postal)

Teléfono: (860) _____ - _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

¿usa silla de ruedas? Sí _____ No _____ ¿Tiene problemas de audición? Sí _____ No _____

Tipo de silla de ruedas: Eléctrica _____ Manual _____ ¿Discapacitado visual? Sí _____ No _____

¿Requiere asistencia especial? Sí _____ No _____ Usa: Bastón _____ Andador _____

Dirección de correo electrónico: _____ Idioma preferido _____

Notas adicionales: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA: Relación con el pasajero: _____

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Firma del solicitante o Representante Legal

Fecha

Por favor haga su cheque a nombre de *West Hartford Dial-A-Ride* y envíe el formulario completo con el pago a: **West Hartford Dial-A-Ride, 50 South Main Street Room 306, West Hartford, CT 06107**

Por favor considere ayudar a sostener el programa de Dial-A-Ride haciendo una donación deducible de impuestos. ¡Gracias por su consideración y generosidad!

_____ Tarifa de Membresía
_____ Donación adicional (impuestos deducibles)
\$ _____ **Cantidad total adjunta**

No dude en contactar a la oficina, si tiene alguna pregunta (860) 561-7561