



Metro

APPLICATION FOR SENIOR AND DISABLED TRANSPORTATION PROGRAMS

Paramount In Motion/One Card

The Paramount in Motion/One Card is a City-funded taxi transit program for Paramount residents **only**, designed to help elderly (persons 60 years or older) and disabled residents make their medical and dental appointments to **approved out-of-town medical centers** within an approximate five-mile radius and anywhere in the City of Paramount, including the Paramount Senior Center.

- Participants can use the program to travel to any location within the City of Paramount or any approved out-of-town medical location with a maximum of 40 one-way trips per month.
- Participants can use the program to travel to the Paramount Senior Center with a maximum of 40 one-way trips per month.
- Participants will now pay a \$1 co-pay (cash only) to the driver per one-way trip instead of purchasing trips in advance. No other fees should be paid directly to the driver.
- A co-pay is not required for trips to and from the Senior Center.
- Service is from 6:00 a.m. to 10:00 p.m., Monday - Sunday (includes holidays).
- Riding with a companion is allowed. One person will be charged. Both must be picked up and dropped off at the same location.
- Ridesharing is encouraged. One person will be charged. Both must be picked up and dropped off at the same location.
- **Please specify if you will need a wheelchair-accessible van.**

If you are disabled and under 60, we require that you submit a Physician's Verification Form

Applicant's name _____ Date of birth _____

Address _____ City Paramount State CA Zip _____

Home phone _____ Cell phone _____ E-mail _____

Are you using any mobility aids, wheelchair, walker, cane, etc.? _____

Do you have any impairments? _____ Require a ride attendant? _____

Emergency contact & number _____

Signature _____ Date _____

OFFICE USE ONLY: *Must have a photo ID that matches a government letter or utility bill.*

Proof of City of Paramount Residency

Program Enrolled

Status

- ☐ Government issued letter/document
- ☐ Passport
- ☐ CA ID/ CA DL
- ☐ Utility Bill
- ☐ Foreign ID

☐ ONE CARD

☐ Approved ☐ Denied

Date _____ Staff _____

Comments:



PHYSICIAN'S VERIFICATION FORM

(Only for Paramount residents who are disabled or 60 years and older)

Eligibility Evaluation:

Applicant's Name: _____ Date of Birth: _____

Medical Condition/Disability: _____

Medical Treatment: _____

Frequency of Treatment: _____

Location of Treatment: _____

Duration of Treatment: _____

Duration of Disability (Permanent/Temporary): _____

Explain: _____

Physician's Information:

Physician's Name: _____ License Number: _____

Business Address: _____

I hereby certify that I am a licensed physician in the state of California, have knowledge of this applicant and recommend that the applicant be approved for an increase in one-way monthly trips because of the aforementioned disability/ medical condition.

Physician's Signature: _____ Date: _____

City of Paramount, 16400 Colorado Avenue, Paramount, CA 90723

Phone (562) 220-2121 Fax (562) 630-2713

Attention: Magda Garcia, Community Services Supervisor



APLICACION PARA LOS PROGRAMAS DE TRANSPORTE PARA PERSONAS MAYORES Y DISCAPACITADAS

Paramount In Motion/ONE CARD

Paramount in Motion/One Card es un programa de transporte en taxi financiado por la ciudad solo para residentes de Paramount, diseñado para ayudar a los residentes de edad avanzada (personas de 60 años o más) y discapacitados a programar sus citas médicas y dentales en centros médicos aprobados fuera de la ciudad dentro de un radio aproximado de cinco millas y en cualquier lugar de la ciudad de Paramount, incluido el Paramount Senior Center.

- Los participantes pueden utilizar el programa para viajar a cualquier lugar dentro de la ciudad de Paramount o cualquier lugar médico aprobado fuera de la ciudad con un máximo de 40 viajes de ida por mes.
- Los participantes pueden utilizar el programa para viajar al Paramount Senior Center con un máximo de 40 viajes de ida por mes.
- Los participantes ahora pagarán un copago de \$1 (solo en efectivo) al conductor por viaje de ida en lugar de comprar viajes por adelantado. No se deben pagar otras tarifas directamente al conductor.
- No se requiere copago para los viajes hacia y desde el Centro para personas mayores.
- El servicio es de 6:00 a.m. a 10:00 p.m., de lunes a domingo (incluye feriados).
- Está permitido viajar con un acompañante. Se cobrará a una persona. Ambos deben ser recogidos y dejados en el mismo lugar.
- Se recomienda compartir viajes. Se cobrará a una persona. Ambos deben ser recogidos y dejados en el mismo lugar.
- Especifique si necesitará una camioneta accesible para sillas de ruedas.

Si usted esta discapacitado y tiene menos de 60 años, requerimos que usted entregue un formulario de verificación del medico.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio _____ Ciudad Paramount Estado CA Código Postal _____

Teléfono de hogar _____ Teléfono de celular _____ Correo Electrónico _____

¿Está utilizando alguna ayuda para la movilidad, silla de ruedas, andador, bastón, etc.? _____

¿Tiene algún impedimento? _____ ¿Necesita un acompañante de viaje? _____

Contacto de Emergencia y Numero de Teléfono _____

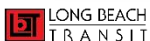
Firma _____ Fecha _____

USO DE OFICINA: Debe tener una identificación con foto que coincida con una carta del gobierno o una factura de servicios públicos.

Prueba de residencia en Ciudad de Paramount Programa Inscritos Estatus

- | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Documento (carta) emitido por el gobierno | ☐ ONE CARD | ☐ Aprobado | ☐ Rechazado |
| ☐ Pasaporte | | | |
| ☐ ID CA/ LC CA | | | |
| ☐ Factura de Servicios Público | | | |
| ☐ ID Extranjera | Fecha _____ | Empleado _____ | |

Comentarios:



Metro

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DEL MÉDICO

(Solo para residentes de Paramount discapacitados o mayores de 60 años)

Evaluación de elegibilidad:

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Condición Médica/Discapacidad: _____

Tratamiento médico: _____

Frecuencia de tratamiento: _____

Lugar de tratamiento: _____

Duración del tratamiento: _____

Duración de la Incapacidad (Permanente/Temporal): _____

Explicar: _____

Información del médico:

Nombre del médico: _____ Número de licencia: _____

Dirección de Negocios: _____

Por la presente certifico que soy un médico autorizado en el estado de California, tengo conocimiento de este solicitante y recomiendo que se le apruebe un aumento en los viajes mensuales de ida debido a la discapacidad/condición médica antes mencionada.

Firma del médico: _____ Fecha: _____

City of Paramount, 16400 Colorado Avenue, Paramount, CA 90723

Phone (562) 220-2121 Fax (562) 630-2713

Attention: Magda Garcia, Community Services Supervisor