



PROGRAMA TRANSPORTACIÓN RIDES SOLO PARA RESIDENTES DE PASADENA

v Lista de Verificacion

Por favor asegurarse que la siguiente lista de verificacion este completa y de incluir todos los documentos requeridos antes de enviar la solicitud:

- ☐ Todas las paginas de la solicitud esten completamente llenas, firmadas y con fecha
La solicitud consiste de 3 diferentes applicaciones siguientes:
 - ☐ Ciudad de Pasadena Programa de Transportación **RIDES**
 - ☐ Harris County **RIDES** Transit Formulario de Registro
 - ☐ Community Development Block Grant (CDBG) Formulario de Elegibilidad
- ☐ Si tiene entre 18 a 64 años de edad y reclama una discapacidad de acuerdo con las definiciones listados en el Formulario de Verificación de Discapacidad, incluya el Formulario de Verificación de Discapacidad junto con el comprobante de discapacidad. Es posible que se requiera que el solicitante comparezca en persona, presente una Carta de SSI actual, o un Formulario de Verificación de Discapacidad firmado y fechado por un Profesional Médico.
- ☐ Incluir una copia de licencia de conducir valida o tarjeta de identificación con foto y dirección actual (si la identificación no tiene la dirección actual, prueba de dirección puede ser una Factura de Servicios Públicos Actual, Contrato de Arrendamiento Firmado Actual, o cualquier otra forma aprobada por el gobierno de prueba de residencia con la Ciudad de Pasadena junto con una copia de su identificación con foto.)

La solicitud se puede entregar **personalmente programando una cita** o se puede enviar por correo a la siguiente dirección:

Transportation **RIDES** Program
c/o Parks & Recreation
3111 San Augustine Ave.
Pasadena, TX 77503
713- 920-7988
www.pasadenatx.gov/rides

O envíe por correo electrónico **una copia clara escaneada** a:
RIDES@PASADENATX.GOV o EAguirre@pasadenatx.gov

Por favor tenga en cuenta que las solicitudes enviadas por fax o en formato de imagen de foto por correo electrónico ya no serán aceptadas.

Financiado por el Departamento de Desarrollo Comunitario de la Ciudad de Pasadena –
Subvención en Bloque para el Desarrollo Comunitario (CDBG)



PROGRAMA TRANSPORTACIÓN RIDES

c/o Parks & Recreation
3111 San Augustine Ave.
Pasadena, TX 77053
713- 920-7988
www.pasadenatx.gov

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Primer Apellido I. Edad: _____

S.S.: - -

Domicilio: _____
Calle Apt. # Ciudad Estado Codigo Postal

Numero de Telefono: (____) _____ Numero Alternativo: (____) _____

Raza: _____ Etnia: No-Hispano ☐ Varon ☐ Hembra ☐
Hispano ☐

TDL: _____ O # TX ID: _____

Discapacitado: SI ☐ NO ☐ Veterano Militar: SI ☐ NO ☐

Nombre y número de teléfono de un pariente, amigo o vecino que generalmente puede contactarte:

Nombre Relacion # Telefono

Nombre Relacion # Telefono

• TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN SER RESIDENTES DE LA CUIDAD DE PASADENA

- Deben tener 65 años de edad o mas
- Si tiene entre 18 a 64 años de edad, deben llenar la Forma de Discapacidad firmada y con fecha, y la discapacidad de solicitante debe estar de acuerdo con las definiciones listados en el Formulario de Verificación de Discapacidad
- Si el solicitante está reclamando una discapacidad como se indica en el Formulario de Verificación de Discapacidad, el solicitante debe presentar un comprobante de discapacidad (ex: Carta de SSI Actual) y se le puede pedir que comparezca en persona
- Proveer una copia clara de licencia de conducir, tarjeta de identificación valida con foto y dirección actual
- Si el solicitante no tiene una dirección actual en la identificación, solicitante debe proporcionar una identificación con foto junto con un comprobante de domicilio (ex: Factura de Servicios Públicos Actual, Contrato de Arrendamiento Firmado Actual, o cualquier otra forma aprobada por el gobierno de prueba de residencia con la Ciudad de Pasadena)
- Debe proveer el contacto de emergencia - nombre y numero de telefono
- Por favor de llenar, firmar y poner la fecha entre toda la aplicación por completo

SIN ESTA INFORMACIÓN NO SERA ELEGIBLE PARA EL
PROGRAMA DE TRANSPORTACIÓN RIDES

Financiado por el Departamento de Desarrollo Comunitario de la Ciudad de Pasadena –
Subvención en Bloque para el Desarrollo Comunitario (CDBG)

8/2025



PROGRAMA TRANSPORTACIÓN **RIDES**

c/o Parks & Recreation
3111 San Augustine Ave.
Pasadena, TX 77053
713- 920-7988
www.pasadenatx.gov

El solicitante nombrado anteriormente ha examinado los requisitos de elegibilidad de la Ciudad de Pasadena del Programa Transportación **RIDES**, subvencionado por fondos de Community Development Block Grant (CDBG) subvención y ha presentado esta solicitud de participación en dicho programa después de certificar que toda la información así presentada es verdadera y correcta. Es expresamente entendido y coincidieron en que debe ser determinado en cualquier momento por la Ciudad de Pasadena Programa Transportación **RIDES**, sus oficiales, agentes o empleados que esta aplicación contiene información incorrecta o incompleta, el individuo nombrado anterior será descalificado de la participación en el programa y estará obligado a pagar a la Ciudad de Pasadena Programa Transportación **RIDES** todos los gastos incurridos como resultado de la participación de tal persona.

CERTIFICACION:

*Esta sección debe ser firmado por el solicitante o persona autorizada para firmar por el cliente. Un testigo es necesaria para cualquier firma hecha por una marca. **Certifico que esta aplicación se ha completado a lo mejor de mi conocimiento con información completa y exacta. Entiendo que cualquier declaración falsa u omisiones de hechos relevantes para mi elegibilidad para asistencia se considerará fraude, y que pueda ser procesado en Estados Unidos los códigos de este fraude. Además, entiendo que ayuda está supeditada a la disponibilidad de fondos.***

Firma del Solicitante

Fecha

Testigo (si firmado con una marca)

AVISO DEL TÍTULO VI

El programa de la Ciudad de Pasadena Transportación **RIDES** opera su programa y servicios sin distinción de raza, color y origen nacional, de conformidad con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles. Cualquier persona que crea que ha sido perjudicada por alguna práctica discriminatoria ilegal bajo el Título VI puede presentar una queja ante la Coordinadora del Programa Transportación **RIDES**.

Para obtener más información sobre los derechos civiles del Programa de Transportación **RIDES**,

llame a: Tammy De LosSantos **713-475-7048** o Elsa Aguirre **713-920-7988**;

correo electronico: TDelossantos@pasadenatx.gov o EAguirre@pasadenatx.gov; o

programe una cita para visitar nuestra oficina:

Programa Transportación **RIDES**

3111 San Augustine Ave.

Pasadena, Texas 77503



8410 Lantern Point Drive Houston, TX 77054
Telefono :(713) 368-RIDE (713-368-7433)
Fax: (713) 437-4860
<https://rides.harriscountytexas.gov/>

COP Office Use Only:

Age: _____

COPS _____

COPD _____



Office Use Only:

Grant Code: _____

Agency Code: _____

Registered Date: _____

Programa financiado por
Administración Federal de tránsito (FTA)
(Fondos tienen fechas de caducidad)

Formulario de Registro

SOLICITANTE:

Nombre _____ Apellido: _____ Inicio de Segundo Nombre.: _____

Sexo: M ____ H ____ Raza/Etnia: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Número principal: (____) _____ Número Alternativo: (____) _____

Correo Electrónico: _____

¿Cuál es su método preferido de contacto? ¿Correo electrónico? ____ ¿Teléfono? ____ ¿Teléfono alternativo? ____
¿Correo? ____

Idioma hablado en el hogar (marque uno): Inglés ____ español ____ vietnamita ____ Otro ____

(Marque uno): Soltero/a ____ Casado/a ____ Divorciado/a ____ Viudo/a ____

Dirección del solicitante:

Número _____ Calle _____ Apto. # _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Dirección postal: (si es diferente del anterior)

Número _____ Calle _____ Apto. # _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Nombre y Número de pariente, amigo o vecino que puede contactarlo habitualmente:

Nombre _____ Relación _____ (____) _____ (____) _____
Número de Teléfono _____ Número de teléfono del trabajo _____

Marque si es:

Persona de la tercera edad (Sobre 65 años) _____

Discapacitados _____

Adulto(s) Mayor(es) (de 65 años o más) Y persona(s) con discapacidad _____

Estado de movilidad (marque uno):

Ambulatorio (puede caminar) _____

Usa silla de ruedas _____

¿Es usted un veterano militar?

Si _____

No _____

Marque TODAS las opciones que correspondan:

Solicitado METROLift _____

Aprobado para METROLift _____

Rechazado por METROLift _____

CERTIFICACIÓN:

La sección debe ser firmada por el solicitante o por la persona autorizada a firmar en nombre del cliente. Se necesita un testigo para cualquier firma realizada con una marca. Certifico que esta solicitud ha sido completada lo mejor de mi conocimiento con información completa y precisa. Entiendo que cualquier declaración falsa u omisión de hechos relevantes para mi elegibilidad para asistencia se considerará fraude, y que puedo ser procesado de acuerdo con los códigos de EE. UU. aplicables por este fraude. Además, entiendo que la asistencia está sujeta a la disponibilidad de fondos.

***Se le cobrará una tarifa de \$30.00 por cualquier pago detenido o artículo devuelto.
Los fondos añadidos a la Tarjeta de Tarifa RIDES no son reembolsables ni transferibles. ***

El solicitante mencionado anteriormente ha examinado los requisitos de elegibilidad de RIDES, subsidiados por fondos de H-GAC, y ha presentado esta solicitud para participar en dicho programa después de certificar que toda la información proporcionada es verdadera y correcta. Se entiende y acuerda expresamente que, en caso de que RIDES, sus oficiales, agentes y/o empleados determinen en cualquier momento que esta solicitud contiene información incorrecta o incompleta, la persona mencionada anteriormente será descalificada para participar en el programa y deberá reembolsar a RIDES todos los gastos incurridos como resultado de la participación de dicha persona.

Firma de Solicitante

Fecha

Testigo (si firmada con una marca)

La Oficina de RIDES: transporte especializado para el condado de Harris es accesible por silla de ruedas. Espacios de estacionamiento reservados están disponibles.

Se requieren los siguientes documentos:

- 1.) Tarjeta de identificación emitida por el estado O Licencia de conducir emitida por el estado
- 2.) Prueba de discapacidad:

Documentos aceptables (envíe (1) de los siguientes):

- a.) Formulario de certificación del médico
- b.) Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)
- c.) Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI)
- d.) Otra verificación

TITULO VI AVISO

El Condado de Harris opera sus programas y servicios sin considerar raza, color y origen nacional de acuerdo con el título VI de la Ley de Derechos Civiles. Cualquier persona que cree que ella o el ha sido agraviado por prácticas discriminatorias ilegales bajo el Título VI, puede presentar una queja con el Condado de Harris.

Para obtener mas información sobre el programa de Derechos Civiles del Condado Harris y los procedimientos para presentar una queja favor de comunicarse al 832-927-4700, Marcar 7-1-1 (1800—735-2988), al correo electronico transit@csd.hctx.net , o puede visitar nuestras oficinas administrativas en el 8410 Lantern Point Drive, Houston, Texas 77054. Para mas informacion visite nuestra pagina de internet, www.harriscountytransit.com

CDBG PROGRAM NAME: Transportation RIDES Program

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

FECHA:

--	--

DIRECCION:

CIUDAD:

ESTADO:

CODIGO POSTAL:

--	--	--	--

PROPOSITO DE LA FORMA:

De acuerdo con las leyes y regulaciones federales publicadas por el Department of Housing and Urban Development, es necesario verificar el estado de discapacidad del Solicitante del Programa CDBG identificado anteriormente. Toda la información proporcionada solo se utilizará con el propósito de establecer la documentación de elegibilidad para el Programa CDBG mencionado anteriormente. El Community Development Department de la Ciudad de Pasadena y sus Agencias Subrecipientes y/o Departamentos de Destinatarios tienen prohibido preguntar sobre la naturaleza de la discapacidad del solicitante, y los profesionales médicos no deben revelar detalles o diagnósticos específicos.

Una persona con discapacidad es una persona que:

- A. Tiene un impedimento físico, mental o emocional que:
 - 1. Se espera que sea de una duración larga, continua e indefinida, y
 - 2. Impide sustancialmente su capacidad de vivir de forma independiente, y
 - 3. Es de tal naturaleza que la capacidad podría mejorarse mediante condiciones de vivienda más adecuadas, o
- B. Tiene una discapacidad del desarrollo, como se define, en la Section 102(7) of Development Disabilities Assistances and Bill of Rights Act (42 U.S.C. 6001-6007).

INSTRUCTIONS:

Existen tres (3) métodos de verificación del estado de discapacidad que se enumeran a continuación. Seleccione UNO (1) de los métodos de verificación y proporcione la documentación necesaria asociada con ese método de verificación. Se debe colocar una copia de este formulario y la documentación de verificación en el archivo de elegibilidad del solicitante del programa CDBG.

___ DISCAPACIDAD OBVIO	
Seleccione esta casilla si el solicitante mencionado anteriormente, a juicio razonable del Director del Programa CDBG, tiene una discapacidad obvia. Ejemplos de discapacidades obvias son la ceguera o la necesidad permanente del uso de sillas de ruedas. No se requiere verificación adicional de discapacidad.	
Firma de la Representante de CDBG:	

___ RECIBO DE BENEFICIOS FEDERALES POR DISCAPACIDAD	
Seleccione esta casilla si el solicitante mencionado anteriormente recibe Seguro Social relacionado con la discapacidad ("SSDI"), Ingreso de Seguridad Suplementario ("SSI"), Administración de Veteranos ("VA") u otros beneficios federales. La documentación razonable incluye una carta de verificación de beneficios de la agencia federal que proporciona asistencia financiera al solicitante o cheques cancelados o documentación de depósito directo o registros similares. No se requiere más verificación.	
Tipo de documentación proporcionada:	

CERTIFICACION DE UN PROFESIONAL MEDICO (la certificación debe ser realizada por alguien que no sea el solicitante)

Seleccione esta casilla si el solicitante mencionado anteriormente NO tiene una discapacidad obvia y/o NO recibe beneficios federales relacionados con la discapacidad. Si se selecciona esta casilla, el estado de discapacidad del solicitante solo se puede verificar mediante la certificación de un profesional médico completando las siguientes secciones.

Al solicitante que alega discapacidad:

El profesional médico que suscribe tiene conocimiento de si la discapacidad reclamada cumple con la definición aplicable a esta verificación aplicable a esta verificación para que pueda calificar para recibir asistencia bajo el Programa CDBG al que se hace referencia. NO TIENE LA OBLIGACION DE CONSENTIMIENTO PARA LA PUBLICACION DE ESTA INFORMACION. Sin embargo, el Representante del Programa CDBG debe recibir la información solicitada por el profesional médico para determinar su elegibilidad para el Programa CDBG. El Representante del Programa CDBG puede solicitar al profesional médico solo la información mínima necesaria para determinar si se ha cumplido la definición aplicable de discapacidad.

Por la presente autorizo la divulgación de la información solicitada al Representante del programa CDBG.

Nombre de la persona autorizada:

Firma de la persona autorizada:

Fecha:

Al profesional médico:

El Community Development Department de la Ciudad de Pasadena y sus Agencias Subrecipientes y/o Departamentos de Desinatrarios tienen una obligación con el United States Department of Housing and Urban Development Community Development Block Grant para verificar la discapacidad al proporcionar asistencia utilizando fondos federales. El solicitante ha afirmado que tiene una discapacidad que debe ser documentada por un profesional médico. Una persona autorizada ha dado su consentimiento legal para divulgar al Representante del Programa CDBG la opinión médica a continuación sobre el estado de discapacidad reclamado. Toda la información proporcionada por un profesional medico se utilizara únicamente para establecer el estado de discapacidad. Ni el Community Development Department ni sus representantes pueden preguntar sobre la naturaleza de la discapacidad de un individuo, y los profesionales médicos no deben revelar detalles o diagnósticos específicos.

Por la presente certifico que el solicitante mencionado anteriormente (marque uno) ____ Si / ____ No cumple con la definición de persona con discapacidad establecida en esta verificación.

Firma de profesional médico:

Título y organización:

Fecha:

FIRMAS:

Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en este documento es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Además, entiendo que proporcionar declaraciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en mi inelegibilidad para los Programas CDBG que aceptaran este documento. **ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA QUE HAGA UNA RECLAMACION FALSA O DECLARACION SOBRE EL HUD PUEDE SER SUJETA A SANCIONES CIVILES O PENALES MENORES DE 18 U.S.C. 287, 101 Y 31 U.S.C. 3729.**

Nombre del representante del Programa CDBG:

Elsa Aguirre

Fecha:

Firma del representante del Programa CDBG:

Nombre del solicitante:

Fecha:

Firma del solicitante:

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD

For Community Development Block Grant Programs

De acuerdo con 24 CFR 570.506, las agencias deben adquirir información para determinar la elegibilidad del cliente, así como para propósitos de informes generales. Para participar en este programa que está financiado por fondos federales, debe completar este formulario de manera completa y precisa.

INFORMACION DEL CLIENTE

Nombre del Programa:

GENERAL

Nombre					
Dirección					
Ciudad		Estado		Código Postal	
# de Casa		Edad		Genero	☐ Masculino ☐ Hembra
¿Es este cliente un menor?	☐ Sí ☐ No	¿Nombre del tutor?			

CLIENT INFO

¿Ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos?	☐ Sí ☐ No	Licencia de conducir de Texas o ID de Texas		
¿Es el cliente residente de la Ciudad de Pasadena?	☐ Sí ☐ No			
Discapacitado	☐ Sí ☐ No	Mayor	☐ Sí ☐ No	
Prueba de Residencia <i>(Example: driver's license / ID Card / Bill)</i>				
Idioma principal (opcional):				
Etnicidad	☐ Hispanic	☐ Non-Hispanic	Veterano	☐ Sí ☐ No
Raza	☐ Black / African American	☐ White	☐ Asian	☐ American Indian/Alaskan Native
	☐ American Indian/Alaskan Native & White	☐ American Indian/Alaskan Native & Black	☐ Native Hawaiian/Other Pacific Islander	☐ Asian & White
			☐ Other /Multi Racial	☐ Black/African American & White

INCOME

# de miembros del hogar	N/A	Ingreso Bruto Total del Hogar	\$ N/A
Adultos (Age 18 & older)	N/A	Ninos (Age 17 & under)	N/A
Comprobante de Documentación de Ingresos <i>(Example: SS Award Letter / W-2 form / Check Stubs)</i>		N/A	
Jefe de Hogar		☐ Masculino	☐ Hembra

SIGN HERE

Yo certifico según mi conocimiento y entender que toda la información dada y adjunta es correcta, complete y proporcionada de Buena fe. Entiendo que el proveer información falsa o fraudulenta en o adjunto puede ser motive para determinarme inelegible para recibir asistencia solicitada y puedo ser penado con una multa y/o encarcelamiento. Entiendo que cualquier información dada puede ser investigada.			
Nombre			
Firma		Fecha	

For Subrecipient Staff Only

STAFF ONLY

Is Client Approved/Eligible for Services?	☐ YES ☐ NO	National Objective Met: ☐ YES ☐ NO	
National Objective 570.208 Benefit to Low & Moderate Income Persons	☐ LMI Area Benefit	☐ LMI Limited Clientele	☐ LMI Housing Benefit
	☐ LMI Jobs Creation		
Client Income Level	☐ 0 – 30 %	☐ 31 – 50 %	☐ 51 – 80 %
LMILC - Presumed Benefit	☐ Abused children ☐ Battered Spouses ☐ Elderly ☐ Disabled ☐ Homeless ☐ Illiterate		
Name of Reviewer:	Signature:		Date: