

APPLICATION FOR RIDER ASSISTANCE PROGRAMS



PLEASE PRINT CLEARLY

I understand that the information I am providing will be used to determine initial and continuing eligibility for the DART Rides Program.

1. Name: First _____ Middle _____ Last _____
2. Home Phone _____ Cell Phone _____
3. Home Address _____ Apt.# _____
4. City _____ State _____ Zip Code _____
5. Email _____
6. Date of Birth (Month/Day/Year) _____ Gender: Male Female
7. Do you use a mobility aid when you travel? Yes No Sometimes
 If yes or sometimes, please specify which type of mobility aid is used.
 Walker Wheelchair Scooter Service Animal

Required Eligibility Documentation:

Eligibility Criteria	Certifying document provided (Specify)
65+ Years of age OR Proof of Disability* *Examples: Doctors note, SSDI letter, VA Award Letter, Medicare ID card	
Proof of Residency (Picture ID with address or Utility Bill)	

Questions 8 through 14 are for information purposes only and do not affect eligibility for services.

8. Ethnicity: African American Asian Caucasian Hispanic Other
9. Are you able to safely drive yourself? Yes No Short distances only
10. Do you presently receive transportation through Family/Friends, Medicaid transportation, and/or other services?
 Yes (Please list which services) _____
 No
11. How do you travel now to shop for groceries, travel to medical appointments, visit friends, etc.?

12. Do you live in an assisted living or apartment complex that offers transportation? Yes No
13. How do you plan to use this service? *check all that apply*
 Shopping Medical Social Connect to DART Work Other _____

The information on this application is true and accurate to the best of my knowledge. I authorize a representative of DART Mobility Management Services to contact the persons and authorities listed in this application to verify the information in determining my eligibility.

14. Are you able and willing to receive non-wheelchair accessible services from ride sharing companies such as Lyft or Uber? Yes No

Signed: _____ Date: _____

For assistance with this form and or determining eligibility contact DART at 214-828-6717. Mail

completed application to: DART Rides/Collin County Rides, P.O. Box 660163, Dallas, TX 75266-7271



SOLICITUD PARA PROGRAMAS DE ASISTENCIA PARA EL VIAJERO

POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE

Entiendo que la información que brindo se usará para determinar la elegibilidad inicial y continua para el programa DART Rides.

- 1. Nombre: Primero Segundo Apellido
2. Teléfono de casa Teléfono móvil
3. Dirección de casa Número de apartamento
4. Ciudad Estado Código postal
5. Correo electrónico
6. Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) Género: Masculino Femenina
7. ¿Utiliza una ayuda para la movilidad cuando viaja? Sí No A veces

En caso afirmativo o a veces, especifique qué tipo de ayuda para la movilidad se utiliza

Andador Silla de ruedas Scooter animal de

servicio Documentación de elegibilidad requerida:

Table with 2 columns: Criterio de elegibilidad, Documento acreditativo aportado (Especificar). Rows include: 65+ Años de edad O Prueba de Discapacidad*, Prueba de residencia.

Las preguntas 8 a 14 son solo para fines informativos y no afectan la elegibilidad para los servicios.

- 8. Etnicidad: Afroamericano Asiático Hispano Otro
9. ¿Eres capaz de conducir con seguridad por ti mismo? Sí No Solo distancias cortas
10. ¿Actualmente recibe transporte a través de Familia/Amigos, transporte de Medicaid y/u otros servicios? Sí (indique qué servicios) No

11. ¿Cómo viaja ahora para comprar comestibles, viajar a citas médicas, visitar amigos, etc.?

12. ¿Vive en un complejo de vivienda asistida o de apartamentos que ofrece transporte? Sí No

13. ¿Cómo piensa utilizar este servicio? marque todo lo que corresponda

Compras Médico Social Conectarse a DART Trabajar Otro

La información en esta solicitud es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Autorizo a un representante de DART Mobility Management Services a comunicarse con las personas y autoridades enumeradas en esta solicitud para verificar la información para determinar mi elegibilidad

14. ¿Puede y está dispuesto a recibir servicios no accesibles para sillas de ruedas de compañías de viajes compartidos como

¿Lyft o Uber? Sí No

Firmado: Fecha:

Para obtener ayuda con este formulario o para determinar la elegibilidad, comuníquese con DART al 214-828-6717.

Correo solicitud completa a: DART Rides/Collin County Rides, P.O. Box 660163, Dallas, TX 75266-7271