



## **Programa de incentivos de reembolso de transporte (TRIPs)** *Solicitud*

Gracias por su interés en aplicar en el programa de reembolso de transporte (TRIPs) de Monterey-Salinas Transit District (MST). Este programa es para residentes calificados que viven en comunidades aisladas y marginadas en el Condado de Monterey fuera de las áreas de servicio de MST.

El programa de reembolso de transporte (MST TRIPs) es para personas con discapacidades, adultos mayores (65 años o más) y veteranos. Los participantes seleccionarán a su propio conductor(es) voluntario(s), generalmente un amigo, un vecino, o un cuidador. A cambio, MST reembolsará al participante .40 centavos (.40¢) por milla hasta 250 millas por mes para compensar a su conductor(es) voluntario(s) por los viajes que recibieron.

La determinación de elegibilidad será procesada dentro de 5-7 días laborales después de que su solicitud haya sido recibida y MST notificará a los participantes sobre su elegibilidad por correo.

### **La siguiente lista es para someter su solicitud y los documentos requeridos para el programa de MST TRIPs:**

\_\_\_ Complete, firme, y escriba la fecha en la solicitud. Envíe una copia de los documentos de apoyo requeridos. Por favor lea el Acuerdo y Liberación antes de firmar.

\_\_\_ Por favor devuelva su solicitud completa por correo, en persona, fax, o por correo electrónico a la siguiente:

Monterey Salinas Transit- Mobility Department  
201 Pearl St., Monterey, CA 93940  
Fax: 831-641-0907  
E-mail: [mobility@mst.org](mailto:mobility@mst.org)



888-678-2871 / Free language assistance / Asistencia de Lenguaje Gratuito / Libreng tulong para sa wika / Hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí / 무료 언어 지원

**Programa de incentivos de reembolso de transporte (TRIPs)  
solicitud**

**Por favor imprima de forma legible y asegúrese de llenar completamente cada sección. Por favor adjunte una copia de su identificación y uno de los siguientes documentos de apoyo. Las solicitudes incompletas serán devueltas.**

**Documentos de apoyo (Por favor seleccione al cual aplica y adjunte el documento correspondiente)**

- Tengo 65 años o más y vivo en una comunidad aislada y marginada en el Condado de Monterey, fuera de las áreas de servicio de MST. (Adjunte una copia de su tarjeta de identificación o licencia de conducir de California)**
  
- Soy un veterano de los Estados Unidos que vive en una comunidad aislada y marginada en el Condado de Monterey, fuera de las áreas de servicio de MST. (Adjunte una copia de su formulario DD 214, ID del Departamento de asuntos de veteranos de Estados Unidos, tarjeta de membresía de American Legion, tarjeta de identificación de Disabled American Veterans, licencia de conducir de California o tarjeta de identificación con designación de veteranos.)**
  
- Soy una persona con una discapacidad que vive en una comunidad aislada y marginada en el Condado de Monterey, fuera de las áreas de servicio de MST. (Adjunte una copia de su tarjeta de cortesía de MST, tarjeta elegible de MST RIDES o tarjeta de Medicare)**

**Datos de contacto**

Su nombre completo:		
Dirección donde vive:		Dept#:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección postal (si es diferente):		Dept#:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento / / <b>Ejemplo: 01/25/1940</b>	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Teléfono de contacto: (    )		Teléfono celular: (    )
Dirección de correo electrónico:		
Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		
Nombre del contacto de emergencia:		
Parentesco con el solicitante:	Teléfono de contacto: (    )	

**MST Office Use Only:**

Received on: \_\_\_\_\_ Approved:  Yes  No

Reviewed by: \_\_\_\_\_



888-678-2871 / Free language assistance / Asistencia de Lenguaje Gratuito / Libreng tulong  
para sa wika / Hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí / 무료 언어 지원

**Programa de incentivos de reembolso de transporte (TRIPs)  
Solicitud**

**Evaluación de necesidades de viaje**

1. ¿Cómo se enteró de este programa? \_\_\_\_\_
2. Vive usted:  Independientemente  Con familia  Otro \_\_\_\_\_
3. Utiliza:  Andadera  Bastón  Silla de ruedas  Scooter  Otro: \_\_\_\_\_
4. ¿Es capaz de conducir?  Si  No
5. ¿Tiene algún problema de salud que afecte su capacidad de conducir?  Si  No
6. ¿Utiliza el transporte público? (incluido el programa MST RIDES)  Si  No
7. ¿Tiene un conductor voluntario en mente?  Si  No
8. ¿Quién es su conductor voluntario?  Pariente  Amigo  Cuidador  Otro \_\_\_\_\_
9. ¿En promedio, cuántos viajes en vehículo toma por mes a estos lugares? (**Seleccione todos los que aplican e incluya el número estimado de viajes. Por favor, cuente ida y vuelta como dos viajes.**)
  - Programa de cuidado para adultos \_\_\_\_\_
  - Banco \_\_\_\_\_
  - Iglesia \_\_\_\_\_
  - Centro comunitario \_\_\_\_\_
  - Diálisis \_\_\_\_\_
  - Educación \_\_\_\_\_
  - Compras \_\_\_\_\_
  - Citas médicas \_\_\_\_\_
  - Programas nutricionales \_\_\_\_\_
  - Farmacia \_\_\_\_\_
  - Fisioterapia \_\_\_\_\_
  - Visitando amigos/familia \_\_\_\_\_
  - Trabajo \_\_\_\_\_
  - Otro \_\_\_\_\_

**Acuerdo y Liberación:**

Yo certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si participo en el programa de incentivos de reembolso de transporte (TRIPs), tendré que completar y enviar un registro mensual de viajes a Monterey-Salinas Transit District (MST) para recibir el reembolso monetario. También soy responsable de pagar los reembolsos, cuando se reciban, a mi conductor(es) voluntario(s). Yo entiendo que cualquier actividad fraudulenta del programa será investigada, y puede resultar en la negación de privilegios para participar en el programa de incentivos de reembolso de transporte (TRIPs). Entiendo y estoy de acuerdo que mi conductor(es) voluntario(s) no son empleados de MST y MST no asumen responsabilidad por la elección personal del conductor, o cualquier responsabilidad del seguro. Además, yo voluntariamente renuncio para siempre mantener indemne a MST, a sus empleados, y voluntarios de responsabilidad alguna por cualquier pérdida, reclamación o acción que surja debido a cualquier pérdida o daño que yo pueda tener o se acumule como resultado de participar en el programa.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Fecha**

<i>Si el solicitante no puede firmar, por favor firme arriba, y proporcione la información requerida abajo. Tenga en cuenta que alguien puede llamarlo a usted y/o al solicitante para propósitos de verificación.</i>	
Nombre:	Parentesco:
Teléfono de contacto:	Correo electrónico: