

SITUACION DE VIVIENDA

FECHA:

Client ID#

Direccion:

Ciudad:

Estado:

Codigo Postal:

INFORMACIÓN DE PERFIL PARA ADULTO 1

Tipo de Hogar: ☐Adulto Soltero ☐Adultos en Hogar sin Niño(s) ☐Hogar con Niños

Primer Nombre:

MI:

Apellido:

Otros nombres conocidos como:

Fecha de Nacimiento:

Sexo: ☐Femenino ☐Masculino ☐Transgénero F-M ☐Transgénero M-F ☐Otro ☐Negado

Telefono de Casa:

Telefono de Trabajo:

Telefono Movil:

Teléfono Inteligente: S/N

Correo electronico:

Discapacidad: ☐ Cognitivo ☐Mental ☐Físico ☐Ninguna

Ayudas de Movilidad: ☐ Andador ☐ Bastón ☐ Tanque de oxígeno ☐ Animal de Servicio ☐ Terapia

Estado Civil: ☐Soltero ☐Casado ☐Separado ☐Divorciado ☐Asociacion Domestic ☐Viudo

Educacion: ☐Alguna Educacion ☐GED ☐AA Degree ☐Titulo Universitario ☐Maestria

Nivel de Grado mas Alto: ☐Escuela Primaria ☐Escuela Secundaria ☐Preparatoria
☐Colegio Comunitario ☐Licenciatura ☐Maestria

¿Eres de Origen Hispano?: ☐Si ☐No ☐Desconocido ☐Negado

Raza Primaria: ☐Indio Americano/Nativo de Alaska ☐Asiatico ☐Negro/ Africano Americano
☐Nativo Hawaiano/Otro Islas del Pacifico ☐Blanco ☐Desconocido ☐Negado

¿Eres un veterano?: ☐Si ☐No

Idioma Principal: ☐Ingles ☐Chino ☐Ruso ☐Espanol ☐Vietnamita ☐Otro:

Nivel de Ingles: ☐Fluido ☐Semi-Fluido ☐No Fluido

Estado de Empleo: ☐Tiempo Completo, 35+ hrs/sem ☐Medio Tiempo, menos de 35 hrs/sem ☐jubilado

☐Desempleado, en busca de trabajo ☐Desempleado, no buscando trabajo ☐Discapacitado, no en la fuerza de trabajo ☐Ama de casa ☐Estudiante ☐Desconocido

Ingreso Mensual :

Ingresos Anuales:

Número de Personas en el Hogar:

Ingreso Anual del Hogar:

Contacto de Emergencia:

Relacion:

Número de Telefono:

¿También un cliente? ☐Si ☐No

REGISTRO DE RYDE

SASCC y WVCS se comprometen a tratarlo con dignidad y respeto. Nuestro objetivo es brindar un trato igual a todas las personas que solicitan nuestros servicios. Le pedimos a usted que trate a nuestro personal y voluntarios de la misma manera. Nos reservamos el derecho de rechazar los servicios a cualquier persona que no pueda cumplir con tal petición. Por favor lea y firme lo siguiente:

SASCC o WVCS pueden solicitar la verificación de la información que proporcione, y esta información permitirá que el personal del programa me ayude de manera efectiva. Entiendo que si no estoy dispuesto a proporcionar la documentación necesaria y/o no puedo verificar mi necesidad, es posible que SASCC y WVCS no puedan proporcionarme asistencia. Toda la información que proporcione es verdadera y precisa.

Toda la información compartida entre SASCC y WVCS y yo se mantiene estrictamente confidencial a menos que:

1. Yo autorice la divulgación de información por medio de un documento firmado;
2. Un tribunal ordene a SASCC y/o WVCS que divulgue la información;
3. Yo represente un peligro para mí o para otras personas;
4. Se sospeche de abuso/negligencia de menores o adultos.

En los últimos dos casos, el personal de SASCC y WVCS está obligado por ley a informar a las posibles víctimas y a las autoridades para que se puedan tomar medidas de protección.

Nombre en letra de imprenta del Adulto 1

Firma del Adulto 1

Fecha

Exoneración de responsabilidad – Acuerdo de Indemnidad

En consideración para recibir servicios proporcionados por el **Saratoga Area Senior Coordinating Council (SASCC)** y **West Valley Community Services (WVCS)**, incluyendo, entre otros, el acceso a la despensa de alimentos, por el presente dispense, exonere, descargo y me comprometo a no demandar a SASCC y/o WVCS, sus oficiales, servidores, agentes y empleados (en lo sucesivo, “exonerados”) de cualquiera y toda responsabilidad, reclamación, demanda, acción y causas de acción que surjan de o estén relacionadas con cualquier pérdida, daño o lesión, incluyendo la muerte, que pueda sufrir yo mismo o cualquier propiedad personal, ya sea causada por la negligencia de los exonerados, cualquier tercero o de otra manera.

Por el presente reconozco que el Programa Piloto de Transporte para Adultos Mayores (RYDE) es un servicio proporcionado por SASCC y WVCS, y está financiado por el Condado de Santa Clara. Por el presente, renuncio al derecho de presentar cualquier reclamación contra el Condado de Santa Clara, WVCS y/o SASCC, o sus oficiales, empleados y voluntarios por lesiones, daños, cargos o gastos, incluyendo los honorarios de abogados que puedan derivarse como resultado de mi participación en este programa. También reconozco que WVCS y SASCC se reservan el derecho de rechazar el servicio de transporte.

Soy plenamente consciente de los riesgos y peligros relacionados con mi presencia en las instalaciones y con la recepción de servicios, incluyendo alimentos de la despensa y servicios del Programa de Transporte para Adultos

Mayores (RYDE), y soy plenamente consciente de que puede haber riesgos y peligros desconocidos para mí en relación con mi presencia en las instalaciones y la recepción de servicios, y por el presente elijo participar voluntariamente en la recepción de servicios proporcionados por SASCC o WVCS, sus oficiales, servidores, agentes y empleados, ingresar a las instalaciones mencionadas anteriormente y participar en actividades siendo consciente que las condiciones pueden ser peligrosas, o que pueden volverse peligrosas para mí y mi propiedad. Asumo voluntariamente toda la responsabilidad de cualquier riesgo de pérdida, daños a la propiedad o lesiones personales, incluyendo la muerte, que pueda sufrir yo mismo, o cualquier pérdida o daño a mi propiedad personal, como resultado de recibir servicios de SASCC o WVCS, ya sea causado por la negligencia de los exonerados o de otra manera. Acepto y reconozco que (i) he previsto estas consecuencias incluso en cuanto a reclamos por daños que puedan existir en la fecha de esta exoneración, pero que no sé si existen, y que de conocerse, afectarían sustancialmente mi decisión de firmar esta exoneración, independientemente de si mi falta de conocimiento es el resultado de ignorancia, omisión, error, negligencia o cualquier otra causa, y (ii) esta exoneración es un término y condición sustancial precedente para mi empleo/servicios con SASCC o WVCS.

Además, acepto indemnizar y proteger y mantener indemne a los exonerados y a cada uno de ellos, de cualquier pérdida, responsabilidad, daño o costo en que incurran, ya sea causado por la negligencia de cualquiera o todos los exonerados o de otra manera.

Autorizo a SASCC y WVCS a usar y divulgar al Condado mi “información de pasajero” protegida con fines de supervisión del programa. La “información del pasajero” se define de la siguiente manera: verificación de ingresos; formularios de comentarios de los clientes; información de viaje, incluyendo la información del punto de recogida y destino; y toda la demás información que SASCC o WVCS hayan reunido dentro del alcance del programa RYDE.

☐ Por el presente otorgo a West Valley Community Services (WVCS) y al Saratoga Area Senior Coordinating Council (SASCC) el permiso para utilizar mi imagen en una fotografía, video u otro medio digital (“foto”) en cualquiera y todas sus publicaciones, incluyendo las publicaciones basadas en la web, sin recibir un pago u otra compensación. Entiendo y acepto que todas las fotos pasarán a ser propiedad de WVCS y SASCC y no serán devueltas. Por el presente autorizo irrevocablemente a WVCS y SASCC a editar, alterar, copiar, exhibir, publicar o distribuir estas fotos para cualquier propósito legal. También renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar el producto terminado donde aparece mi imagen. Además, renuncio a cualquier derecho a regalías u otra compensación derivada o relacionada con el uso de la foto. Es mi intención expresa que esta Exoneración vincule a los miembros de mi familia y cónyuge, si estoy vivo, y a mis herederos, cesionarios y representante personal, si he fallecido, y se considerará como una Exoneración, Dispensación, Descargo y Compromiso de No Demandar a los exonerados mencionados anteriormente.

Al firmar esta exoneración, reconozco y afirmo que:

1. He leído la exoneración anterior, la entiendo y la firmo voluntariamente como mi propio acto y acción libre;
2. No se ha hecho ninguna afirmación, declaración o incentivo verbal, aparte del acuerdo escrito anterior;
3. Tengo al menos dieciocho (18) años de edad y soy completamente competente; y
4. Firmo esta Exoneración como una contraprestación plena, adecuada y completa con la plena intención de estar vinculada por la misma.

Firma del participante: _____ Nombre en letra de imprenta: _____

Client ID #: _____

Household Income Verification Form Client Information

Client Name _____ Phone #:() _____

Household Income Sources

Please read all instructions on this form prior to filling it out.

List the income source and amounts of income for all family members in household (including the client). If a family member does not contribute to the household income, please indicate zero in the amount field.

Household		Amount	Frequency		
Name	Relationship		Weekly	Monthly	Yearly
	Client				

Include the following types of income, and any others not listed here, to depict the combined income of household.

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| ☐ 1. Wages | ☐ 5. Alimony | ☐ 8. Pension |
| ☐ 2. Rental Property Income | ☐ 6. SSI | ☐ 9. Workers Compensation |
| ☐ 3. Unemployment | ☐ 7. SSDI | |
| ☐ 4. Other Income (Please Explain): | | |

Submission Instructions

Please attach (or bring) supporting documentation for all income sources mentioned above for review.

Return completed form and supporting income documents to your RYDE coordinator. If this form is submitted incomplete, it will delay the income document review process.

If the form or attached documentation is unclear your area coordinator will contact you by phone.

I understand that completion of this form does not guarantee financial or other assistance from WVCS or SASCC. I also understand that this information is subject to verification by WVCS and/or SASCC. I understand that the information presented in this letter is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Client Signature: _____ Date: _____

Ubicaciones Frecuentes

Client ID#: _____

Nombre del Cliente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

** proporcione cualquier información adicional sobre su ubicación debajo de la dirección que ha proporcionado, como una entrada preferible, una calle transversal o cualquier otra nota*

Ubicación	Dirección	Numero de Telefono
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Personas Autorizadas

Nombre	Relacion	Numero de Telefono	Correo Electronico

Please complete pages 1-5 and mail to your area coordinator.

- Complete page 4 and include supporting documents (SSI letter, Unemployment, 3 paystubs, Retirement, etc.), if page 4 is not completed you will have the base rate for rides.
- You must provide an Emergency Contact. If none is provided we cannot provide you a ride.
- Once all of the completed forms have been received you will receive a letter stating your rate. Before your first ride you will need to make a deposit.
 - To make a deposit:
 - By credit card; you will call your area coordinator.
 - By check; you will mail it to your area coordinator.
 - If you live in Campbell and Cupertino, make the check out to WVCS and put in the memo that it is for RYDE.
 - If you live in Saratoga, Los Gatos, or Monte Sereno, make it out to SASCC and put in the memo that it is for RYDE.
- When you have completed all of the forms please remove pages 7 & 8 (Grievance Procedure) and keep them in your records.

Sam Sloan
RYDE Coordinator - WVCS
(Campbell & Cupertino)
10104 Vista Drive, Cupertino, CA 95014
669.220.0831
sams@wvcommunityservices.org
www.wvcommunityservices.org

Joe Maddox
RYDE Coordinator - SASCC
(Los Gatos, Saratoga & Monte Sereno)
19655 Allendale Ave, Saratoga, CA 95070
408.892.9739
RYDE@sascc.org
www.sascc.org

Procedimiento de quejas

Una queja es una controversia de diferencias de opinión planteadas por un cliente, voluntario o empleado contra SASCC y/o WVCS que involucra el significado, interpretación o aplicación de los procedimientos de la oficina/del cliente, el manual para voluntarios o el manual de políticas para el personal. Una queja se procesará de la siguiente manera:

Paso 1: Cualquier cliente, voluntario o empleado que tenga una queja deberá presentar la queja por escrito, designada como una queja, ante el supervisor inmediato apropiado (Administrador de Casos de Refugio, Coordinador de Voluntarios, Director de Proyectos o Director Ejecutivo). El supervisor deberá dar una respuesta por escrito dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a dicha presentación.

Paso 2: Si la queja no se resuelve en el Paso 1 y el cliente, voluntario o empleado desea escalar la queja al Paso 2 del procedimiento de quejas, la queja se debe remitir por escrito al Director Ejecutivo dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de la respuesta escrita en el Paso 1. La queja escrita deberá contener una declaración completa de los hechos, la situación o problema en disputa, y la reparación solicitada. El Director Ejecutivo abordará la queja dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores con el cliente, voluntario o empleado, y emitirá una respuesta por escrito dentro de los (5) días hábiles posteriores a la reunión.

Paso 3: Si la queja no se resuelve en el Paso 2 y el cliente, voluntario o empleado desea apelar la queja al Paso 3 del procedimiento de quejas, la queja se remitirá por escrito al Comité de Administración de la Junta Directiva dentro de los cinco días hábiles posteriores a la recepción y firma por parte del cliente, voluntario o empleado de la respuesta del Director Ejecutivo en el Paso 2. La queja escrita deberá contener una declaración completa de los hechos, la situación o problema en disputa, y la reparación solicitada. Si no se llega a un acuerdo, el Comité de Administración de la Junta Directiva dará una respuesta por escrito al cliente, voluntario o empleado dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la reunión.

Paso 4: Si la queja no se resuelve en el Paso 3 y el cliente, voluntario o empleado desea apelar la queja al Paso 4 del procedimiento de quejas, la queja se remitirá por escrito a la Junta Directiva dentro de los cinco días hábiles posteriores a la recepción y firma por parte del cliente, voluntario o empleado de la respuesta del Comité de Administración en el Paso 3. La queja escrita deberá contener una declaración completa de los hechos, la situación o problema en disputa, y la reparación solicitada. Si no se llega a un acuerdo, la Junta Directiva dará una respuesta por escrito al cliente, voluntario o empleado dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la reunión. Todas las decisiones tomadas por la Junta Directiva son finales.