



Reglas de Servicio del Programa Placer Rides

Programa de Asistencia de Transporte
Contáctenos: 530-889-9500 o 530-492-5411

Descripción del Servicio

Placer Rides es un programa de asistencia de transporte administrado conjuntamente por la Western Placer Consolidated Transportation Services Agency (WPCTSA) y Seniors First. Los pasajeros elegibles reciben un reembolso por milla para el transporte ofrecido por sus propios conductores voluntarios en vehículos privados.

Elegibilidad del Pasajero

Para ser elegibles en este programa de Placer Rides, los participantes deben cumplir con varios criterios de elegibilidad:

1. **Residir en el Condado de Placer.**
2. **Ser una persona mayor (60+), tener una discapacidad o bajos ingresos.**
3. **No poder conducir por sí mismos.**
4. **Tener dificultades para utilizar otros medios de transporte público debido a:**
 - Falta de servicio disponible en su hogar o destino.
 - Imposibilidad de pagar el transporte público.
 - Dificultad para utilizar el transporte público de ruta fija.

Elegibilidad del Transporte

Si un pasajero elegible tiene otro medio de transporte disponible para llegar a su destino, incluyendo transporte público, ese viaje no es elegible para reembolso a través de Placer Rides. Si un pasajero elegible no tiene otro medio de transporte, los siguientes propósitos de viaje califican para reembolso:

- **Viajes médicos no urgentes**, incluyendo consultas clínicas, dentales, de la vista, exámenes preventivos, salud mental, tratamiento de adicciones, diálisis, quimioterapia, radiación y fisioterapia.
- **Mandados esenciales**, como compras de alimentos y bienes básicos, visitas a la farmacia, citas de rehabilitación y citas con asistencia gubernamental.
- **Viajes a paradas de autobús, estaciones de tren o aeropuertos**, cuando sea necesario para conectar con un propósito elegible.
- **Viajes determinados como elegibles caso por caso** por WPCTSA y el personal de Seniors First.

El transporte es organizado exclusivamente entre el voluntario y el pasajero. Siempre que el propósito del viaje sea elegible, pueden realizarse en cualquier momento acordado entre el pasajero y su voluntario. Asimismo, los viajes pueden incluir múltiples paradas si cada una es por un propósito elegible y ambas partes están de acuerdo.

Conductores Voluntarios

Placer Rides es un programa centrado en el pasajero. Se espera que los pasajeros encuentren sus propios voluntarios y coordinen sus viajes sin la asistencia del personal de Placer Rides. Amigos, vecinos, conocidos y cuidadores pueden ser buenos conductores voluntarios. El personal de Placer Rides no

recluta, examina, capacita, empareja ni gestiona a los conductores voluntarios. Sin embargo, el personal de Placer Rides está disponible para orientar a los pasajeros y sugerir maneras de asegurar voluntarios.

Asistencia Física, Dispositivos de Movilidad, Animales de Servicio y Asistentes Personales

Los pasajeros de Placer Rides pueden llevar dispositivos de movilidad (andadores, scooters, sillas de ruedas, etc.), animales de servicio y/o asistentes personales, siempre que su voluntario esté dispuesto a acomodarlos. Además, los pasajeros que necesiten asistencia física para entrar y salir del vehículo son elegibles para Placer Rides, siempre que consigan un voluntario dispuesto a proporcionar esa asistencia.

Límites Mensuales de Viajes

Los pasajeros de Placer Rides pueden recibir reembolso por hasta **200 millas por mes**. No hay un límite máximo para viajes individuales. Si un pasajero solicita reembolso por más de 200 millas, solo se le reembolsará por las primeras 200 millas.

Placer Rides como Último Recurso

Si un pasajero elegible tiene una necesidad urgente de un viaje elegible y no puede asegurar un voluntario para proporcionarlo, el personal de Placer Rides puede, a su discreción, organizar el viaje con un servicio de transporte externo (Uber/Lyft, taxi, transporte ADA). Placer Rides cubrirá el costo de **un máximo de dos viajes de este tipo por pasajero al mes**.

Área de Servicio

Los viajes de Placer Rides deben comenzar y terminar en el **Condado de Placer**. Solo los residentes del Condado de Placer son elegibles para Placer Rides. Sin embargo, los viajes hacia y desde instalaciones médicas en el **Condado de Sacramento**, incluyendo UC Davis Medical Center, Shriners Hospital, Mercy San Juan, Sutter Sacramento, Kaiser Sacramento, y hospitales de Asuntos de Veteranos, son elegibles para reembolso. A discreción del personal de Placer Rides, se pueden aprobar reembolsos para viajes adicionales fuera del Condado de Placer.

Reglas de Servicio del Programa Placer

Proceso de Solicitud

Para determinar la elegibilidad, los solicitantes deben completar el **Formulario de Inscripción de Placer Rides** y enviarlo a Seniors First por correo o correo electrónico, según las instrucciones del formulario. El personal de Placer Rides se comunicará con los solicitantes para informarles sobre la determinación de elegibilidad. Si hay cambios en la información proporcionada en el formulario de solicitud (dirección, número de teléfono, discapacidad, ingresos), los pasajeros deben notificar al personal de Placer Rides para actualizar la información.

Proceso de Reembolso

Las solicitudes de reembolso para un mes deben enviarse **a más tardar el día 5 del mes siguiente**. Los pasajeros solo pueden recibir reembolso por hasta **200 millas de viajes elegibles al mes**. Al firmar los formularios de reembolso, los pasajeros están verificando la exactitud de los viajes reportados.

Los reembolsos se calculan según la tarifa estándar por milla establecida por el **Servicio de Impuestos Internos (IRS)**. Una vez procesado, los pasajeros recibirán un cheque a su nombre por el monto solicitado. **Es responsabilidad del pasajero entregar el reembolso a su conductor voluntario.**

Violación de Reglas

Los pasajeros y sus voluntarios deben cumplir con todas las reglas de Placer Rides. Si un pasajero es encontrado en violación de las reglas, incluyendo:

- Solicitar reembolso por viajes no elegibles.
- Solicitar reembolso por viajes que no ocurrieron.
- No entregar el reembolso al conductor voluntario.

El pasajero será notificado de la violación y **suspendido por 30 días**. Si se reporta una segunda violación, el pasajero será **expulsado permanentemente del programa Placer Rides**.

EL PASAJERO COMPLETE

SOLICITUD

y

**FORMULARIO DE OPCIONES
DE PAGO**



**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE TRANSPORTE PLACER RIDES
SOLICITUD Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL PASAJERO**
(916) 782-4202 o (530) 492-5411

Gracias por su interés en el programa de asistencia de transporte Placer Rides. Complete, firme y envíe esta solicitud a través de:

Correo postal a:

Seniors First
Attn: Placer Rides
PO Box 6090
Auburn, CA 95604

Correo electrónico a:

placerrides@seniorsfirst.org

Sección 1: Información de Contacto

Nombre (Nombre y Apellido): _____

Dirección Completa: _____

Dirección Postal (si es diferente): _____

Número de Teléfono: _____

Número de Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Método de Comunicación Preferido: Teléfono Correo Electrónico Correo Postal

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Contacto de Emergencia (Nombre y Apellido): _____

Relación con el Participante: _____

Teléfono de Contacto de Emergencia: _____

Correo Electrónico del Contacto de Emergencia: _____

Método de Comunicación Preferido: Teléfono Correo Electrónico Correo Postal

¿Cómo se enteró de Placer Rides?

Utilicé Health Express/My Rides Seniors First (teléfono, sitio web, folleto)

Referencia de otra organización, especifique: _____

Otro, especifique: _____

Sección 2: Elegibilidad

El programa de asistencia de transporte Placer Rides está disponible para residentes del condado de Placer que sean personas mayores, tengan una discapacidad o sean de bajos ingresos y tengan dificultades para asegurar otras opciones de transporte. Responda con precisión las siguientes preguntas. El personal de Seniors First puede solicitar documentación de respaldo para verificar la elegibilidad.

¿Tiene alguna discapacidad? Sí No (marque todas las que apliquen)

Discapacidad visual Discapacidad del habla Discapacidad cognitiva Discapacidad auditiva

Discapacidad física Otra (describa): _____

¿Recibe tratamientos médicos frecuentes para una condición de salud en curso que mejora su calidad de vida? N/A Diálisis Quimioterapia Terapia física Otro: _____

¿Qué dispositivos médicos/movilidad utiliza? (marque todas las que apliquen)

Andador Silla de ruedas manual Silla de ruedas eléctrica Scooter de 3-4 ruedas Bastón

Oxígeno portátil Bastón blanco Animal de servicio Asistente de cuidado personal Ninguno

Indique los programas de asistencia en los que está inscrito actualmente: (marque todas las que apliquen)

Medi-Cal Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) CalFresh Project Go Ninguno

Veteranos: Ayuda y Asistencia Meals on Wheels Vivo en vivienda subsidiada

Otros programas basados en ingresos: _____

¿Conduce? Sí No

¿Posee un automóvil? Sí No

¿Por qué solicita Placer Rides? (describa y marque todas las que apliquen)

Ya no conduzco No tengo auto / No puedo costear un vehículo

No hay servicio de autobús público cerca de mi hogar o destino No tengo a nadie que me lleve

Mis limitaciones físicas no me permiten usar el transporte público

Mis viajes médicos/esenciales están fuera del área local No puedo pagar el transporte en mi comunidad

Otro: _____

En los últimos seis meses, ¿cuántas citas esenciales (médicas, compras de comestibles y citas de servicios sociales) ha perdido debido a la falta de transporte?

Ninguna 1-3 4-6 7-10 11-15 Más de 15

Información Demográfica (Opcional) Prefiero no responder

Mis ingresos brutos son: _____ Prefiero no responder

¿Vive solo? Sí No Prefiero no responder

Sexo al nacer: Masculino Femenino Prefiero no responder

Identidad de Género:

Masculino Femenino Transgénero de Masculino a Femenino

Transgénero de Femenino a Masculino Prefiero no responder

Orientación Sexual:

Heterosexual Gay/Lesbiana Bisexual Cuestionando/Indeciso Otro: _____

Prefiero no responder

Etnicidad:

Caucásico Afroamericano Hispano/Latino Asiático/Isleño del Pacífico

Indígena Americano/Nativo de Alaska Dos o más Otro Prefiero no responder

Nacionalidad: (marque todas las que apliquen)

Americano Canadiense Europeo Medio Oriente Norte de África Sudafricano

Australiano Otro: _____ Declino responder

Sección 3: Certificación y Exención de Responsabilidad

He revisado esta solicitud y certifico que es precisa y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa resultará en la negación del servicio. Entiendo que el personal de Seniors First puede solicitar prueba de elegibilidad y que negarme a proporcionarla resultará en la denegación del servicio. Entiendo que la información proporcionada será confidencial y solo se utilizará para determinar mi elegibilidad inicial y continua para el programa. Acepto notificar al personal de Seniors First sobre cualquier cambio en la información de esta solicitud.

He revisado las reglas del programa Placer Rides. Entiendo que Placer Rides es un programa de asistencia de transporte y que los participantes deben asegurar su propio conductor. Entiendo que los conductores no son empleados ni voluntarios de Seniors First o de Western Placer Consolidated Transportation Services Agency (WPCTSA) y que Placer Rides y sus fuentes de financiamiento no asumen ninguna responsabilidad por mi elección personal de conductor ni por ningún seguro.

Entiendo que la regla de Placer Rides requiere que los participantes paguen los reembolsos recibidos a sus conductores. Entiendo que las solicitudes de reembolso se otorgarán según la disponibilidad de fondos y que, si no hay fondos disponibles, es posible que no se realice el pago.

Al firmar a continuación, acepto eximir, liberar y descargar a Placer Rides, Seniors First y WPCTSA de cualquier reclamo, pérdida o responsabilidad por daños personales, muerte o daños a la propiedad relacionados con mi participación en el programa.

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** _____

Si otra persona completó esta solicitud en nombre del participante, complete la siguiente información:

Firma del Representante: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Representante: _____

Relación con el Participante: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono: _____

¿Tiene Poder Notarial? Sí No (Si es así, adjunte copia de la documentación).



**Formulario de Opciones de Pago del
Programa de Asistencia de Transporte Placer Rides**

Este formulario es para seleccionar el método en el que desea recibir el pago por su reembolso de millaje que Placer Rides distribuirá después de que envíe su Formulario de Millaje Mensual. Complete completamente la información a continuación y devuélvala a Placer Rides.

Sección 1: Información del Pasajero

Apellido del Pasajero: _____
Nombre del Pasajero: _____
Segundo Nombre del Pasajero: _____
Número de Teléfono del Pasajero: _____

Sección 2: Selección del Método de Reembolso

Seleccione si desea recibir su reembolso de millaje mediante un depósito ACH en su cuenta corriente o mediante un cheque manual enviado a su dirección postal. Por favor, marque su preferencia a continuación.

1. **Depósito Directo:**
2. **Cheque Manual:**

Sección 3: Información Pago Directamente en su Cuenta Bancaria

Si seleccionó recibir su reembolso a través de ACH, complete la siguiente sección.

Nombre del Banco: _____
Número de Cuenta Bancaria: _____
Número de Ruta Bancaria: _____

ESTA CUENTA ES UNA...

1. **Cuenta Corriente:**
2. **Cuenta de Ahorros:**

NOTA: Adjunte un cheque anulado a este formulario para agilizar el proceso.

Sección 4: Información para Cheque Manual

Si ha seleccionado la opción de recibir su reembolso de millaje mediante un cheque manual por correo, confirme su dirección postal a continuación.

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Declaro que la información proporcionada anteriormente es precisa a mi leal saber y entender. Al firmar a continuación, acepto que Placer Rides distribuya los fondos directamente en la cuenta proporcionada o mediante un cheque manual a la dirección indicada.

Firma del Pasajero

Fecha

EL CONDUCTOR COMPLETE

**FORMULARIO DE EXENCIÓN DE
RESPONSABILIDAD DEL CONDUCTOR**

y

FORMULARIO DE MILLAS MENSUAL

**(EL FORMULARIO DE MILLAS MENSUAL DEBE ENVIARSE MENSUALMENTE.
POR FAVOR, HAGA COPIAS PARA USO FUTURO O CONTACTE A PLACER
RIDES PARA OBTENER MÁS FORMULARIOS)**



PROGRAMA DE ASISTENCIA DE TRANSPORTE PLACER RIDES

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA CONDUCTORES

Gracias por su interés en el programa de asistencia de transporte Placer Rides. Placer Rides depende de miembros de la comunidad como usted para ayudar a los residentes del Condado de Placer a realizar viajes esenciales, incluidos citas médicas, compras de comestibles y citas con servicios sociales. Antes de realizar su primer viaje, Complete, firme y envíe esta solicitud a través de:

Correo postal a:
Seniors First
Attn: Placer Rides
PO Box 6090
Auburn, CA 95604

Correo electrónico a:
placerrides@seniorsfirst.org

Sección 1: Información de Contacto (a completar por el conductor)

- **Nombre del conductor (Nombre y Apellido):** _____
- **Nombre del pasajero (Nombre y Apellido):** _____
- **Número de teléfono:** _____
- **Correo electrónico:** _____
- **Método de comunicación preferido:** Teléfono Correo electrónico
- **Relación con el pasajero:** Amigo Vecino Cuidador Familiar
 Otro, por favor describa:

Sección 2: Certificación y Exención del Conductor (a completar por el conductor)

Entiendo que todos los conductores en California están obligados a poseer una **licencia de conducir válida y un seguro vehicular vigente**, y afirmo que, para participar en el Programa de Transporte Placer Rides (**Programa**), poseo una licencia de conducir válida y actual, y que el vehículo que conduciré para participar en el Programa cuenta con un seguro en la cantidad mínima requerida por la ley de California.

Acepto transportar a mi pasajero de manera segura, eficiente y cortés en mi vehículo privado. Entiendo y acepto que he sido solicitado y estoy ofreciendo voluntariamente mi ayuda a mi pasajero en un horario que sea mutuamente conveniente para ambos. Entiendo que **no soy empleado de mi pasajero, de Placer Rides, de Seniors First, ni de la Western Placer Consolidated Transportation Services Agency (WPCTSA)**.

Entiendo que es responsabilidad del pasajero enviar su **Formulario de Solicitud de Reembolso Mensual** antes del **día 5 del mes siguiente** al mes en que se realizaron los viajes. También entiendo que mi pasajero recibirá el pago del reembolso y luego me lo entregará a mí para cubrir los costos. Comprendo que las solicitudes de reembolso pueden **no ser pagadas** si no se reciben a tiempo o si los fondos del Programa dejan de estar disponibles.

(Continúa en la siguiente página...)

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE TRANSPORTE PLACER RIDES
EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA CONDUCTORES

Entiendo que, al firmar a continuación, acepto **renunciar, liberar y eximir de responsabilidad para siempre a Placer Rides, Seniors First y WPCTSA** de cualquier reclamo, pérdida o responsabilidad por daños, incluyendo muerte, lesiones personales o daños a la propiedad, que pueda tener o que puedan surgir en el futuro contra Placer Rides, Seniors First, WPCTSA y cualquier persona o agencia que financie este Programa (**Entidades Financiadoras**), como resultado de mi participación en el Programa.

Esta exención tiene la intención de **eximir de responsabilidad** a Placer Rides, Seniors First, WPCTSA y las Entidades Financiadoras, así como a sus funcionarios, directores, agentes, empleados y voluntarios, de cualquier reclamo, pérdida o responsabilidad (incluyendo costos y honorarios legales) que surja o esté relacionada con mi participación en el Programa, incluso si dicha responsabilidad se origina por **negligencia o descuido** de las personas o entidades mencionadas anteriormente.

Además, entiendo que los accidentes y lesiones pueden ocurrir durante el Programa y al operar un vehículo motorizado, y aun conociendo estos riesgos, acepto asumir **toda la responsabilidad y liberar, defender e indemnizar** a todas las personas, agencias y entidades mencionadas anteriormente que, por **negligencia o descuido**, pudieran ser responsables de daños para mí, mis herederos o mis cesionarios.

Se entiende y acepta además que esta **renuncia, exención y asunción de riesgos** será vinculante para mis herederos y cesionarios.

Entiendo que **no soy empleado ni contratista independiente de Placer Rides, Seniors First, WPCTSA ni de las Entidades Financiadoras**. También entiendo y acepto que la **compensación por millaje que recibo proviene directamente de la persona a la que transporto y no de Placer Rides, Seniors First, WPCTSA ni de las Entidades Financiadoras**.

Firma del Conductor: _____

Fecha: _____



Gracias por participar en Placer Rides. Use este formulario para registrar cada tramo de cada viaje, incluyendo la cantidad de millas de cada tramo, el origen y destino, y el nombre del conductor. Una vez que haya completado todas las entradas, ingrese los totales en esta primera página.

Por favor, tenga en cuenta:

- Las solicitudes deben tener matasellos **a más tardar el día 5** del mes siguiente al mes en que se realizó el transporte. Por ejemplo, si está reportando millas de viajes realizados en el mes de Mayo, este formulario debe tener matasellos del **5 de Junio** como máximo.
- Los formularios que estén incompletos, que falten firmas o que sean ilegibles **pueden retrasar su procesamiento y podrían ser rechazados.**

Por favor, complete, firme y envíe este formulario por:

Correo postal a:
Seniors First
Attn: Placer Rides
PO Box 6090
Auburn, CA 95604

Correo electrónico a:
placerrides@seniorsfirst.org

Sección 1: Resumen de Millaje (a completar por el pasajero)

Nombre del participante: _____

Mes/Año del reporte: _____ Total de viajes: _____ Total de millas: _____

Sección 2: Certificación (a completar por el pasajero)

Certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa, y que todos los viajes se realizaron tal como se informa.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

USO INTERNO ÚNICAMENTE

Fecha de recepción: _____ Fecha del matasellos: _____ Procesado por: _____

EJEMPLO

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE TRANSPORTE PLACER RIDES FORMULARIO DE REEMBOLSO MENSUAL

Sección 3: Detalles de Millas Recorridas (Esto Debe Ser Completado por el Conductor)

Fecha del Viaje	Propósito	Dirección de Origen	Dirección de Destino	Millas	Nombre del Conductor	Firma del Conductor
1/1/25	De Casa a la Farmacia	Casa 299 Nevada St Auburn, CA 95603	Kaiser 1600 Eureka Rd Roseville, CA 95661	8	María García	María García
1/1/25	De la Farmacia a Casa	Kaiser 1600 Eureka Rd Roseville, CA 95661	Casa 299 Nevada St Auburn, CA 95603	8	María García	María García
1/2/25	De Casa al Consultorio del Médico	Casa 299 Nevada St Auburn, CA 95603	Sutter Health 3133 Professional Dr Auburn, CA 95603	5	María García	María García
1/2/25	Del Consultorio del Médico a la Oficina de Correos	Sutter Health 3133 Professional Dr Auburn, CA 95603	Oficina de Correos 371 Nevada St Auburn, CA 95603	3	María García	María García
1/2/25	De la Oficina de Correos a Casa	Oficina de Correos 371 Nevada St Auburn, CA 95603	Casa 299 Nevada St Auburn, CA 95603	4	María García	María García
1/3/25	De Casa al Banco	Casa 299 Nevada St Auburn, CA 95603	Bank of America 3288 Bell Rd Auburn, CA 95603	2	María García	María García
1/3/25	Del Banco al Supermercado	Bank of America 3288 Bell Rd Auburn, CA 95603	Savemart 388 Elm Ave Auburn, CA 95603	6	María García	María García
1/3/25	Del Supermercado a Casa	Savemart 388 Elm Ave Auburn, CA 95603	Casa 299 Nevada St Auburn, CA 95603	6	María García	María García
1/3/25	De Casa a la Iglesia	Casa 299 Nevada St Auburn, CA 95603	Iglesia 1234 Iglesia St Auburn, CA 95603	7	María García	María García
1/3/25	De la Iglesia a Mandado Personal	Iglesia 1234 Iglesia St Auburn, CA 95603	Institución Financiera 5678 Finanzas St Auburn, CA 95603	3	María García	María García
1/3/25	De Mandado Personal a Casa	Institución Financiera 5678 Finanzas St Auburn, CA 95603	Casa 299 Nevada St Auburn, CA 95603	1	María García	María García