

Central Texas Rural Transit District / City And Rural Rides
Ride to Success Application



NEW APPLICANT UPDATE REMOVAL

APPLICANT INFORMATION							
Last Name		First		M.I.	Date		
Street Address					Apartment/Unit #		
City		Zip		Date of Birth			
Phone		E-mail Address					
Do you require a Wheelchair Vehicle? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
Other special needs? (explain)							
What is your expected use of Ride To Success? Employment <input type="checkbox"/> Training <input type="checkbox"/> TX Workforce <input type="checkbox"/> (Referred By:)							
Higher Education <input type="checkbox"/>		Other (explain)					
WORK / POST-SECONDARY SCHOOL INFORMATION							
Name of Employer / Post-Secondary School:							
Address:							
Name of Employer / Post-Secondary School:							
Address:							
CHILDREN							
<i>Please complete this section ONLY if you have children you need to drop-off/pick-up before and/or after your ride.</i>							
Daycare Facility:				Phone:			
Address:							
Last Name:		First:		Date of Birth:			
Last Name:		First:		Date of Birth:			
Last Name:		First:		Date of Birth:			
PROGRAM ELIGIBILITY: INCOME, GOVERNMENT ASSISTANCE, TARGET AREA							
Number in Household:	1	2	3	4	5	# in your house:	Your annual income:
Annual Income Guidelines:	\$13,613	\$18,388	\$23,163	\$27,938	\$32,713		
Do you currently receive TANF, WIC, or Food Stamps? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
Do you currently live and work in Rural Areas? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
DISCLAIMER AND SIGNATURE							
I understand Ride to Success is a State/Federally Funded Program. I attest the above information is true and correct to the best of my knowledge. I also understand any of the above information found to have been intentionally falsified will lead to my immediate termination from this program and/or being reported directly to Texas Department of Transportation.							
Signature						Date	

CTRTD Office Use Only			
Date Received: _____	Date Entered: _____	Staff: _____	JARC Packet: # _____
Revised 10/01/2011			

Central Texas Rural Transit District / City And Rural Rides
Ride to Success Aplicación



NUEVO SOLICITANTE CAMBIAR ELIMINAR

INFORMACION DEL SOLICITANTE							
Apellido		Nombre			Inicial	Fecha	
Dirección					Apartamento/unidad #		
Ciudad		Zip		Fecha de nacimiento			
Teléfono		Dirección de correo electrónico					
¿Necesitas un vehículo de silla de ruedas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
¿Otras necesidades especiales? (explicar)							
¿Cuál es su uso esperado de Ride to Success ? Empleo <input type="checkbox"/> Entrenamiento <input type="checkbox"/> Mano de obra de TX <input type="checkbox"/> (Referido Por:)							
Educación superior <input type="checkbox"/>		Otro (explicar)					
TRABAJO / POSTSECUNDARIA ESCUELA INFORMACIÓN							
Nombre del empleador / Escuela Postsecundaria:							
Dirección:							
Nombre del empleador / Escuela Postsecundaria:							
Dirección:							
NIÑOS							
<i>Llene esta sección solo si tienes hijos para dejar/recoger antes y después de su viaje.</i>							
Servicio de guardería:					Teléfono:		
Dirección:							
Apellido:		Nombre:			Fecha de nacimiento:		
Apellido:		Nombre:			Fecha de nacimiento:		
Apellido:		Nombre:			Fecha de nacimiento:		
PROGRAMA DE ELEGIBILIDAD: INGRESOS, ASISTENCIA DE GOBIERNO, ZONA DE DESTINO							
Número de personas en el hogar:	1	2	3	4	5	# en su casa:	Su ingreso anual:
Directrices de ingresos anuales::	\$13,613	\$18,388	\$23,163	\$27,938	\$32,713		
¿Actualmente reciben TANF, WIC, o Food Stamps? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
¿Actualmente viven y trabajan en las zonas rurales? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
CLÁUSULA DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y FIRMA							
Entiendo que Ride to Success es un programa financiado por el gobierno estatal y federal. Doy testimonio de que la información es verdadera y correcta a mi conocimiento. También entiendo que la falsificación intencional de esta información conducirá a mi rescisión inmediata de este programa y/o se reportaba directamente al Departamento de Transporte de Tejas.							
Firma					Fecha		

CTRTD Office Use Only			
Date Received: _____	Date Entered: _____	Staff: _____	JARC Packet: # _____
Revised 10/01/2011			