

Candidature à DFTA My Ride

Remarque importante : En déposant cette candidature, vous consentez à ce que vos informations soient saisies dans la base de données des clients STARS du Département d'aide aux personnes âgées. Les candidatures incomplètes ne seront pas prises en compte.

Informations d'identification requises (veuillez écrire lisiblement)

Nom	Prénom
Numéro de téléphone <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Mobile	Autre numéro <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Mobile
E-mail	Date de naissance

Lieu où vous vivez

Adresse	Unité
Ville ou quartier	Code postal

Arrondissement (sélectionnez-en un) Bronx Queens Brooklyn

Lieu où vous recevez du courrier

Identique à l'adresse ci-dessus

Nom de la rue ou boîte postale	Unité	
Ville	État	Code postal

Chez : _____
Prénom Nom

Données démographiques

Sexe

Femme Homme Autre :

Race

Amérindien(ne)/Natif(ve) de l'Alaska Asiatique
 Noir(e)/Afro-américain(ne) Natif(ve) d'Hawaï/Autre insulaire du Pacifique
 Blanc(he)/Caucasien(ne) Refuse de répondre
 2 races ou plus Autre : _____

Appartenance ethnique

Hispanique/Latino Non hispanique ou Latino

Langue principale

Anglais Bengali Chinois Français
 Créole Grec Italien Coréen
 Polonais Russe Espagnol Tagalog
 Langue des signes américaine (ASL) Autre : _____

Déplacements

Comment vous-êtes déplacé(e) au cours de l'année écoulée ? (Cochez toutes les réponses valables)

- Bus (MTA) Métro (MTA) Voiture (vous-même)
- Service de voiturage/Taxi Access-A-Ride Lignes de chemin de fer régionales
- Van équipé pour personnes handicapées Marche Emmené(e) en voiture par la famille ou les amis
- Autre : _____

Utilisez-vous un ou plusieurs des appareils fonctionnels suivants ou un animal d'assistance, lorsque vous vous déplacez hors de chez vous ? (Cochez toutes les réponses valables)

- Aucun Animal d'assistance
- Fauteuil roulant (manuel) Fauteuil roulant (motorisé)
- Béquilles Cane de soutien
- Déambulateur Appareils orthopédiques
- Prothèse Trotinette
- Respirateur Bouteille d'oxygène
- Autre : _____

Vous déplacez-vous actuellement avec un préposé aux soins personnels (PCA) ou un ami/membre de la famille pour vous aider ?

- Oui Non

Travaillez-vous actuellement avec des enfants/petits-enfants de moins de 21 ans ?

- Oui Non Si oui, combien ? _____

Handicap

Êtes-vous porteur(se) d'un handicap ?

Oui, temporaire Oui, permanent Non

Si oui, sélectionnez toutes les réponses valables et indiquer le handicap spécifique :

Vision : _____

Intellectuel/Développemental : _____

Apprentissage : _____

Ouïe: _____

Mobilité : _____

Santé mentale : _____

Justificatifs d'éligibilité

Si vous êtes sélectionné(e), une preuve d'âge, d'adresse et des justificatifs concernant votre handicap (le cas échéant) vous seront demandés pour achever le processus d'inscription. Une liste détaillée des justificatifs acceptés peut être consultée dans les instructions relatives à la candidature.