

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Sus privilegios de viaje pueden suspenderse si usted:

1. Obtiene o usa el programa engañosamente, por ejemplo si provee información falsa en la solicitud de elegibilidad o permite que otros viajen en su lugar.
2. No se presenta cuando llega el vehículo y/o cancela el viaje tarde demasiadas veces.
3. No paga su copago de \$5.
4. Se comporta de manera abusiva o alborotada (por ejemplo, si amenaza con hacer daño físico a los conductores, al personal del programa o a otros pasajeros), o se comporta de forma ilícita mientras está a bordo de los vehículos.
5. Si se comporta de manera racista o con connotaciones sexuales con el conductor u otros pasajeros.
6. Si vende, utiliza inapropiadamente o transfiere el pasaje a otra persona, inclusive a un

A cambio de poder participar en el programa de subsidios para taxis Ride Now (el Programa) del Distrito de Transporte Público (el Distrito) del Condado de San Mateo, yo, en nombre propio y de mis cesionarios, herederos, legatarios, familiares, cónyuge, representantes personales y legales, para siempre descargo, renuncio, libero y prometo no demandar al Distrito, ni a sus funcionarios, empleados, agentes y contratistas (partes descargadas), de toda responsabilidad por cualquier y todo reclamo, incluyendo la negligencia de las partes descargadas, que cause una lesión personal (inclusive la muerte), los accidentes o las enfermedades y la pérdida de propiedad en conexión con mi participación en el Programa.

ENTIENDO QUE LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA CONLLEVA CIERTOS RIESGOS INHERENTES, INCLUYENDO RIESGOS DE LESIONES PERSONALES, MUERTE Y PÉRDIDA DE LA PROPIEDAD, QUE NO SE PUEDEN ELIMINAR NO OBSTANTE EL CUIDADO QUE SE UTILICE PARA EVITARLOS. PARTICIPO VOLUNTARIAMENTE EN ESTAS ACTIVIDADES CON PLENO CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS INVOLUCRADOS Y ACEPTO ASUMIR CUALQUIER Y TODO RIESGO DE LESIÓN CORPORAL, MUERTE O DAÑOS A LA PROPIEDAD, SIN IMPORTAR QUE TALES RIESGOS SEAN CONOCIDOS O DESCONOCIDOS.

Acepto indemnizar y exonerar al Distrito y a sus funcionarios, empleados, agentes y contratistas de cualquier y todo reclamo, acción, demanda, procedimiento, costo, gasto, daño y perjuicio y responsabilidad, incluyendo los honorarios de abogado, que surja de mi participación en el Programa y reembolsar al Programa cualquiera gasto de este tipo incurrido. Además, acepto que se pretende que este acuerdo sea lo más amplio e inclusive que permita la ley y que, si alguna porción de este acuerdo se considera inválido, las porciones restantes se considerarán plenamente vigentes y aplicables.

He leído este acuerdo, entiendo sus términos plenamente y entiendo que estoy renunciando a derechos sustanciales, incluyendo el derecho a demandar. Confirmando que firmo este acuerdo libre y voluntariamente y que pretendo que mi firma constituya un descargo completo e incondicional de toda responsabilidad en la mayor medida permitida por la ley. Además, mediante mi firma de este acuerdo, doy fe de que la información en esta solicitud es verdadera y correcta y de que he leído y entiendo las reglas del Programa.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

¡Gracias por viajar con nosotros!

Envíe las solicitudes completadas por fax o correo a:
P.O. Box 3006
San Carlos, CA 94070-1306

Fax: 650-508-6443