



Madera County Transportation Commission

MADERA COUNTY TRANSPORTATION COMMISSION
Application for Appointment as member of
Solicitud de nombramiento como miembro del
SOCIAL SERVICES TRANSPORTATION ADVISORY COUNCIL
Consejo Asesor de Transporte de Servicios Sociales (SSTAC)

DATE/ FECHA: _____

NAME/NOMBRE: _____

HOME ADDRESS/DIRECCION: _____
Street/ Calle City/ Ciudad Zip Code/ Código Postal

WORK ADDRESS/
DIRECCION DE EMPLEO: _____
Street/ Calle City/ Ciudad Zip Code/ Código Postal

PHONE/ TEL: Home/Casa: _____ Cell: _____ Work/Empleo: _____

EMAIL/ Correo electrónico: _____

Request to Represent:/ *Solicitud para representar:*

- ☐ Potential Transit User 60 Years or Older/ *Usuario potencial de transporte público*
☐ Local Social Service Provider for Seniors/ *Proveedor local de servicios sociales para personas mayores*
☐ Potential Transit User Who Has a Disability/ *Usuario potencial de transporte público que esta deshabilitado*
☐ Local Social Service Provider for Persons with Disabilities/ *Representante del proveedor de servicios sociales locales para discapacitados*
☐ Local Social Service Provider for Persons of Limited Means/ *Representante de un proveedor de servicios sociales locales para personas de recursos limitados*
☐ Local Transportation Service Agency/ *Representante de la Agencia de Transporte Local*
☐ Other (Optional) – Transportation Planning Agency may appoint additional members in accordance with the procedure prescribed in subdivision (b) of California Public Utilities Code § 99238. *Otro (Opcional) La Agencia de Planificación del Transporte podrá nombrar miembros adicionales conforme con el procedimiento prescrito en la subdivisión (b) del Código de Servicios Públicos de California § 99238*

Describe why you wish to serve as a member on the Social Services Transportation Advisory Council.

(Use additional space if needed) /Describe por qué desea ser miembro del Consejo Asesor de Transporte de Servicios Sociales. (Use espacio extra si lo necesita)

Provide any additional information you believe will be helpful during the applicant review process.

(Use additional space if needed). Proporcione cualquier información adicional que considere útil durante el proceso de revisión de su solicitud. (Use espacio extra si lo necesita)

Signature/ Firma: _____

Please send completed applications to:
(Por favor mande solicitudes a:)
Natalia Austin,
Senior Regional Planner
2001 Howard Road, Suite 201
Madera, CA 93637
naustin@maderactc.org