

米国障害者法（ADA）に基づく障害を持つ人のための送迎サービス

お申し込みの際の重要事項

このパッケージには、サンフランシスコ湾岸地域における障害者向け送迎サービスのご利用を申請する際に必要な情報と書式が含まれています。米国障害者法（ADA）の求めに従い、すべての公共交通機関では障害者向け送迎サービスが提供されています。この特殊な公共交通サービスのご利用は、障害、または健康状態を理由に常に、または時として通常の公共交通サービスを独りで利用することができない人たちに向けたサービスです。

ADAに基づく障害者向け送迎サービスを利用するには、あなたがこのサービスを受ける適格性があるのかを証明していただく必要があります。適格性の判断は、個別に審査いたします。ADAの規定では、通常の公共交通機関の利用を妨げる具体的な制約を抱えている方のみがこのサービスをご利用になれます。

このサービスを利用する適格性があると判断された場合、このサービスを全面的にご利用になる（無条件の適格性）、あるいは一部のサービスをご利用になる（条件付きの適格性）ことが認められます。もし、あなたが通常のバスや鉄道をすべて他者の介助を受けずに利用する能力を持っていることが判明した場合、このサービスを受ける適格性はないものとします。

お申込みの際は、付録の申込書に必要事項をすべてご記入ください。あなたが通常の公共交通機関を利用する能力について審査させていただきます。申請内容を検討した後、追加情報の提供をお願いする場合があります。さらに、以下をお願いする場合があります。

- こちらからお電話を差し上げます。
- 面談、または身体機能の審査のためお越しいただきます。
- こちらからあなたの主治医、医療従事者、またはその他の専門家に連絡を取り、あなたの状況や身体能力についてお伺いします。

以下の場合：

- 大きな活字
- コンピュータディスクレット/ CDR
- 電子メール

電話番号：(415) 351-7000

申請書は、こちらで受領した後、21日に以内に処理いたします。申請書には必要事項をすべて記入し、こちらから二次審査をお願いした場合はこれをお受けください。二次審査では、電話によるインタビュー、医学的検証、対面によるインタビューなどが行われます。対面によるインタビューでは、身体機能のテストを行って、バス停まで歩いてゆくことができるか、標識を読み取ることができるかといった、公共交通機関を利用する能力について審査させていただきます。

審査結果は、郵送にてお伝えいたします。適格性があると判断された場合、9つの郡で構成されるサンフランシスコ湾岸地域でこのサービスを利用することができます。審査結果に不服があるときは、上訴することができます。上訴の方法は、審査結果の通知時にお伝えいたします。審査に21日を超える期間がかかる場合、審査の最終結果が下されるまでの間、このサービスを利用することができます。ただし、あなたがこちらのご要望に応じず、申請内容の処理が遅延し、21日を超える期間がかかった場合は除きます。

お申し込みの手順

1. 申請書に書かれているすべての質問事項について、活字体、またはタイプライターを使って回答をご記入ください。より適切な審査結果を下せますので、ご回答の内容、および説明は詳しくご記入ください。必ずすべての質問にご回答ください。記入漏れがあった場合、申請書は受理されず、返送されてしまいますのでご注意ください。
2. 申請書以外の書類や情報をお送りいただく必要はありません。しかし、あなたが抱える制約についてこちらが把握させていただく上で役立つと思われる書類がございましたら、同封してください。お送りいただいた情報は機密情報として厳格に管理させていただきます。
3. 申込手続きを完了するために、二か所に署名することが必要です。
 - 申込者認定（ページ 8）
 - 担当の医療またはリハビリ専門家からの医療情報が使用または開示されることへの許可（ページ9）
4. 記入済み申請書の送付先： **68 – 12th Street, San Francisco, CA 94103**

申請方法についての質問や、審査状況に関するお問い合わせは、お電話（(415) 351-7050）にてご連絡ください。
--

よろしくお願いいたします。

個人情報
(活字体にてご記入ください)

記入必須:

姓名 (名, ミドルネーム, 苗字): _____ 生年月日: ____/____/____

自宅の住所: _____ アパート #: _____

市: _____ 郵便番号: _____

郵送先住所 (自宅の住所と違う場合): _____

郵便番号: _____

市: _____ 郵便番号: _____

メインの電話番号: (____) _____ どれかひとつを選択 ☐ 自宅 ☐ 職場 ☐ 携帯

任意で記入:

それ以外の電話番号: (____) _____ どれかひとつを選択 ☐ 自宅 ☐ 職場 ☐ 携帯

Eメールアドレス: _____ 性別: ☐ 女性 ☐ 男性 ☐ その他 _____

クリッパカード番号: _____ パラトランジット ID# (ご存じのばあい) _____

使用を希望する言語: ☐ 英語 ☐ その他 (記入してください): _____

人種/民族: ☐ アジア人またはアジア系アメリカ人 ☐ 黒人、またはアフリカ系アメリカ人

☐ ヒスパニック、またはラテン系アメリカ人 ☐ 中東、または北アフリカ人

☐ 白人またはコーカサス系白色人種

☐ アメリカ先住民、アラスカ先住民、または その他の地の先住民

☐ ハワイ原住民 または太平洋諸島系民族

☐ 上記以外 (記述してください): _____ ☐ 述べたくない

今後利用しやすい形式の書面での情報伝達がある場合に、ご希望の形式はありますか？

☐ 大きな活字体で書かれたもの ☐ (テレタイプ通信機で読むための) Eメール

☐ 点字

☐ 上記以外 _____

緊急事態の場合、どなたに連絡すればよいですか？

名前: _____

関係: _____

メインの電話番号: (____) _____ それ以外の電話番号: (____) _____

あなたの障害/健康状態について教えてください。

以下の質問に詳しくお答えください。あなたの適格性について適切な判断を下せるよう、回答は詳しくお書きください。

1. あなたが他者の介助なしで通常の公共交通機関（BART、バス、路面電車）を利用することを妨げている障害、または健康状態についてご説明ください。

2. そのような状態は、具体的にどのようにして、あなたが他者の介助なしで通常の公共交通機関（BART、バス、路面電車）を利用することを妨げているのですか？

3. いつからそのような状態を経験していますか？

☐ 0～1年前から ☐ 1～5年前から ☐ 5年以上前から

4. そのような状態が公共交通機関の利用に影響をもたらす程度は、日によって変わりますか？

☐ はい。良い日もあれば悪い日もあります。 ☐ いいえ。いつも同じです。
☐ わかりません。

5. あなたが説明した状態は、どのようなものですか。

☐ 永続的である。 ☐ 一時的である。 ☐ わかりません。
一時的である場合、その状態はいつまで続くと見込まれますか？

あなたの身体能力と日常的な活動について教えてください。

6. 以下に示す移動介助器具や専門器具を使用していますか？（該当するものすべてにチェックマーク）：

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 杖 | ☐ 白杖 | ☐ ウォーカー |
| ☐ 松葉づえ | ☐ 下肢装具 | ☐ 携帯酸素タンク |
| ☐ 介助動物 | ☐ 電動スクーター | ☐ 電動車いす |

☐ 手動車いす

ご自分で手動車いすから席へ移動できますか？ ☐ はい ☐ いいえ

☐ 他の援助が必要_____

7. Please check the box that best describes your current living situation:

- ☐ 24時間介護施設、または専門技術を備えた看護施設に入所しています。
- ☐ 介護施設に入所しています。
- ☐ メモリーケア施設 (ひとつを選択): ☐ 一般タイプ ☐ 要支援タイプ
- ☐ 介助者に自宅に来てもらい、日常生活についてお手伝いしてもらっています。
- ☐ 家族に介助してもらっています。
- ☐ 一人暮らししています（他者による支援は受けてもらっていません）。

8. 通常通常使用している移動介助器具を使用し、他者の支援は受けずに、独りでいくつの街区を移動することができますか？

9. あなたが屋外で車が来るのを待つときの状況について、最も当てはまるのは次のうちのどれですか？（1つのみ選択）：

- ☐ 10分から15分であれば、待つことができます。
- ☐ 椅子に腰かけたり、待合所があるのであれば、10分から15分は待つことができます。
- ☐ 以下の理由により、付添人がいなければ待つことができません。

10. 以下のどれが、あなたの一般の交通機関（例えばミニバスや電車など）の利用のしかたを最も適格に表していますか？

（1つのみ選択）：

- ☐ 通常の公共交通機関を利用したことは、これまでに一度もありません。
- ☐ 公共交通機関を利用したことはありますが、障害を持ってからは一度もありません。
- ☐ 過去6ヶ月間のうちに、公共交通機関を利用したことはあります。

あなたが移動する際に必要なものについて教えてください。

11. あなたが移動手段として頻繁に利用している媒体はどれですか？

(該当するものをすべて選択) :

- ☐ バス ☐ 障害者用送迎サービス ☐ 自分で車を運転する ☐ BART
☐ タクシー ☐ フェリー ☐ 路面電車 ☐ 誰かに車を運転してもらう
☐ 輸送ネットワーク会社/ライドシェア
☐ その他 _____

12. 誰かの助けを受けて移動していますか？

・ いつも ・ 時々 ・ そのようなことは一度もありません。

「いつも」または「時々」とお答えになった場合、どのような種類の助けを受けていますか？

13. 自宅から最寄りの公共交通機関の乗り場への行き来は可能ですか？

☐ はい ☐ いいえ ☐ 場合によっては可能

「いいえ」または「場合によっては可能」とお答えになった場合、その理由を具体的に説明してください。

14. 移動媒体に乗り降りする際に、ハンドルや手すりにつかまったり、小銭やチケットを手にすることはできますか？

☐ はい ☐ いいえ ☐ 場合によっては可能
☐ 今までに経験がありませんので、わかりません。

「いいえ」または「場合によっては可能」とお答えになった場合、その理由を具体的に説明してください。

15. 公共交通機関を利用して座席に座った場合、身体のバランスを維持し、揺れに耐えることができますか？

☐ はい ☐ いいえ ☐ 場合によっては可能
☐ 今までに経験がありませんので、わかりません。

「いいえ」または「場合によっては可能」とお答えになった場合、その理由を具体的に説明してください。

16. 昇降機、傾斜路、あるいはニーラーが降りてくる公共のバスであれば、乗り降りができますか？

☐ はい ☐ いいえ ☐ 場合によっては可能

☐ 今までに経験がありませんので、わかりません。

「いいえ」または「場合によっては可能」とお答えになった場合、その理由を具体的に説明してください。

17. あなたの身体能力について、他にも伝達すべきことがあれば以下にご説明ください。

すべての質問に回答し、必要な説明を記入いたしましたか？

申込書を完了するために、二か所に署名することが必要です。：

- 認定（ページ8）
- 担当の医療またはリハビリ専門家からの医療情報が使用または開示されることへの許可（ページ9）

記入漏れがあった場合、申請書は受理されず、返送されてしまいます。

申請者による証明

私は、この申請書に記載されている情報が真実であり、正しいことをここに証明いたします。私は、故意に虚偽の情報を記載すればこのサービスを受けることができなくなることを、よく理解しています。私は、すべての情報が機密情報として扱われ、私が求めるサービスを提供する上で必要な情報のみがこのサービスを提供する者にのみ開示されるものと理解しています。

私は、このサービスを受ける適格性を判断してもらう目的で、公共交通機関を利用する際の私の身体機能について熟知した専門家に接触する必要があることを理解しています。

ここに署名してください。

署名

申請者の署名 _____ 日付 _____

あなたの適格性が失効する90日前までに、こちらからその旨を伝えるべきあなたの代理人（親戚、ソーシャルワーカーなどの代理人）はいますか？

☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、その人（代理人）の名前をお書きください。

メール： _____ 電話番号：(____) _____

続柄： _____

この書式に必要事項を記入する際、誰かに手伝ってもらいましたか？

☐ はい ☐ いいえ

「はい」とご回答の場合、名前： _____

電話番号：(____) _____

続柄： _____

注意事項： このサービスを受ける上でのあなたの適格性の状況が変わるほど、あなたの障害が改善した場合は、必ずご連絡をください。あなたに適格性があるとの判断が下された後、障害が改善した場合、あるいはあなたが虚偽の情報を提出したことが判明した場合は、あなたの適格性は停止されるか、再申請が求められることになります。

ページ9へ進み、医療情報開示の承認を行ってください。

情報の使用、または開示の許可

(申込者またはその代理人が記入する)

申込者が公共交通機関を利用する機能的な能力を最も理解している医師または医療提供者について記述してください。

申込者の担当医師、または医療提供者: _____

医師の住所: _____

医師の電話番号: _____ ファックス番号: _____

診療記録または患者ID番号#(ご存知であれば): _____

私、申込者は、以下に記載されているように、申込者に移動サービスを受ける資格があるかどうかをトランスデブ社とSFパラトランジットが認証するために必要な、本人特定が可能な保護医療情報 (PHI) を使用または開示することを許可します。

申込者の氏名: _____

必要とされる情報を以下へ送付してください。:

San Francisco Paratransit, 68 - 12th Street, San Francisco, CA 94103

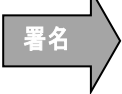
使用または開示される保護医療情報 (PHI) の詳細:

確認されている申込者の障害と、その障害のせいで、通常なら使用可能なミュニやバートのバスや電車を一人で使用することが困難であることを説明しているもの

ここで認めている許可は、署名の日付から 1 年後、またはSFパラトランジットがリクエストした保護医療情報(PHI)を受け取って、それによりADAパラトランジット利用資格有無の決定が可能になってから 1 年後に無効になります。

私は、使用または開示された保護医療情報 (PHI) は、情報を受け取った団体や組織によって再開示される可能性があり、その場合は連邦プライバシー規制による保護の対象とはなくなること理解しています。また、私がパラトランジットに文書で通知することで、この許可を取り消すことが可能であることも理解しています。

(この用紙は署名する前に、すべて記入されている必要があります。)

 _____
申込者またはその代理人の署名 日付

該当する場合、申込者の代理人の氏名を記入: _____

申込者との関係: _____

(この用紙は、請求があれば、アクセスしやすい形式のもの、別言語で書かれたものもあります。)