

ADA 보조 교통수단 신청

신청자를 위한 중요 정보

이 패킷에는 샌프란시스코 베이 지역의 보조 교통수단 이용 자격을 신청하는 데 필요한 정보 및 양식이 포함되어 있습니다. ADA(Americans with Disabilities Act) 요건의 일환으로, 보조 교통수단은 모든 대중교통 시스템에 의해 제공됩니다. 이 특별 유형의 대중교통 서비스는 장애 또는 건강 관련 상태로 인해 가끔씩 또는 항상 일반 대중교통을 혼자서 이용할 수 없는 사람들만 대상으로 합니다.

ADA 보조 교통수단을 이용하려면, 자격 인증을 받아야 합니다. 이용 자격은 사안별로 결정됩니다. ADA 규제에 따라, 장애인용 대중 교통을 이용할 수 없는 특별한 제한요건이 적용되는 사람들만 혜택을 받을 수 있습니다.

신청하고 나면, 무조건 자격(아무런 제한 없음) 또는 이동 거리에 따른 조건부 자격(제한적)으로 승인됩니다. 다른 사람의 도움을 받지 않고 일반 버스 및 철도 교통을 이용하여 이동할 수 있다고 생각되면, 보조 교통수단을 신청할 수 없습니다.

이용 자격을 신청하려면, 첨부 신청서를 작성해야 합니다. 장애인용 대중 교통을 이용할 수 있는지 여부를 심사합니다. 신청서를 검토한 후, 추가 정보를 요청할 수 있습니다. 다음과 같습니다.

- 전화로 연락합니다.
- 면접 또는 기능 평가를 위한 일정을 잡습니다. 또는,
- 의사, 보건 전문가 또는 기타 전문인과 상담하여 신체의 건강 및 장애 정도를 평가합니다.

요청 형식:

대형

출력물

컴퓨터 디스켓 / CDR

전자 메일

Call: (415) 351-7000

Если вы хотите иметь это заявление на русском языке, пожалуйста, позвоните по телефону (415) 351-7006

Si usted desea tener esta solicitud en español, por favor llame al (415) 351-7004

如果您想使用中文申請, 請致電 (415) 351-7005

신청 후 21 일 이내에 처리됩니다. 신청을 완료하고 난 후, 요청에 따라 2 차 평가를 위해 연락이 가능해야 합니다. 2 차 평가는 전화 면접, 의료 검진 또는 직접 면접 등으로 이뤄집니다. 직접 면접은 버스 정류장까지 걸어가기, 표지판 읽기 등 일반 교통 이용에 문제가 있는지 여부를 판별하기 위한 기능 검사가 포함됩니다.

이용 자격의 판정 결과는 우편으로 발송됩니다. 이용 자격이 있다고 승인될 경우, 9 개 카운티를 아우르는 베이 전지역을 이동할 수 있습니다. 이용 자격의 판정 결과에 이의가 있는 경우, 항소할 수 있습니다. 항소 제기에 관한 정보는 이용 자격 안내에 포함되어 있습니다. 이용 자격 판정에 21 일 이상 소요되는 경우, 최종 결정이 내려지기까지 보조 교통수단을 이용할 수 있는 자격이 주어집니다. 신청자가 이 권리를 행사하지 않아서 신청 과정을 처리할 수 없는 경우는 해당되지 않습니다.

신청자를 위한 지침

1. 신청서의 모든 질문에 응답하여 출력하거나, 신청서를 출력하여 정자체로 작성하십시오. 상세하게 응답하고 설명해야 올바르게 판별할 수 있습니다. 모든 질문에 응답해야 하며, 그렇지 않으면 신청서가 불완전한 것으로 간주됩니다. 불완전한 신청은 반려됩니다.
2. 페이지 또는 별도의 정보를 추가하지 않아도 됩니다. 하지만, 신청자의 신체적 장애를 뒷받침할 수 있는 기타 문서를 보내셔도 됩니다. 제공된 모든 정보는 외부로 유출되지 않습니다.

3. 신청서를 완성하기 위해서는 두곳에 서명을 하셔야 합니다:

- 신청인 증명 (8 페이지)
- 적절한 의료 또는 재활 전문인으로부터의 의료 정보 사용 및 공개 허가서 (9 페이지)

4. 신청서를 작성하여 다음의 주소로 발송하십시오:

우편 발송 주소: 68 – 12th Street, San Francisco, CA 94103

팩스: (415) 351-3135

이메일: sfptcertification@sfparatransit.com

신청 과정에 도움이 필요하거나 신청 상태를 확인하고 싶으면, 다음으로 연락하십시오. (415) 351-7050

감사합니다

개인/연락 정보
(정자로 기재하십시오)

필수 정보:

이름 (이름, 성):

_____ 생년 월일: ____/____/____

집 주소: _____ 아파트 번호: _____

도시: _____ 우편 번호: _____

우편 발송 주소 (집 주소와 다른 경우):

_____ 아파트 번호: _____

도시: _____ 우편 번호: _____

주요 전화 번호: (____) _____ 하나만 선택 집 직장 휴대 전화

선택 사항:

대체 전화 번호: (____) _____ 하나만 선택 집 직장 휴대 전화

이메일: _____ 성별: 여성 남성 기타 _____

클리어 카드 번호: _____ *파라트랜짓 ID: (알고 있다면)* _____

선호 언어: 영어 기타 (특정하십시오) _____

인종/민족: 아시아인 또는 아시안계 미국인 흑인 및/또는 흑인계 미국인

히스패닉 및/또는 라틴계 중동인 및/또는 북부 아프리카인

백인 미국 원주민 또는 알래스카 원주민

하와이 원주민 또는 태평양 도서인 기재되어 있지 않음 (구체적으로):

기재를 원하지 않음

앞으로 서면으로 된 정보를 이용가능한 형식으로 받기 원하신다면, 선호하는 양식을 표시해 주십시오:

큰 활자 이메일 (TTS 리더용) 점자

기타 _____

응급 상황시, 누구에게 연락해야 할까요?

이름: _____

관계: _____

주요 전화 번호: (____) _____

대체 전화 번호: (____) _____

장애/건강 관련 상태를 말씀해 주십시오.

다음의 질문에 상세히 응답하십시오.

구체적으로 응답하시면 이용 자격을 판정하는 데 도움이 됩니다.

1. 다른 사람의 도움없이 대중 교통(BART, 버스, 전차)을 이용할 수 없는 장애 또는 건강 관련 상태는 무엇입니까?

2. 다른 사람의 도움없이 대중 교통을 이용할 수 없는 상태를 간략하게 설명하십시오.

3. 위에서 설명한 상태를 언제 처음 겪으셨습니까?

0~1 년 전 1~5 년 전 5 년 이상 전

4. 앞서 언급한 상태가 대중 교통을 이용할 수 있는 능력에 영향을 줄 정도로 매일같이 달라집니까?

예, 며칠은 괜찮다가 또 며칠은 안 좋습니다. 아니오, 달라지지 않습니다.
 모르겠습니다.

5. 앞서 언급한 상태가:

영구적입니다. 일시적입니다. 모르겠습니다.

일시적이라면, 얼마나 지속될 것으로 생각하십니까?

신체 능력 및 일상적인 활동에 관해 말씀해 주십시오.

6. 다음의 이동 보조 기구 또는 특수 장비를 사용하고 계십니까? (해당 사항 모두 선택):

- 지팡이 흰색 지팡이 워커
 목발 다리 보조기 휴대용 산소 탱크
 서비스 동물 전동 스쿠터 전동 휠체어

수동 휠체어

수동 휠체어에서 좌석으로 이동할 수 있습니까? 네 아니오

기타의 지원 _____

7. 현재의 생활을 가장 잘 설명한 내용을 고르십시오.

- 24 시간 보호 시설 또는 양로원
 주거 지원 시설
 기억력 관련 요양 시설 (하나만 선택): 기본 상급
 일상 활동을 도와주기 위해 사람을 집으로 보내주는 서비스를 받고 있습니다.
 가족들과 함께 살면서 도움을 받습니다.
 혼자 삽니다(다른 사람의 도움을 받지 않음).

8. 다른 사람의 도움을 받지 않고 평소에 사용하는 보조 기구로 몇 개의 도심 블록을 이동할 수 있습니까?

9. 차량에 탑승하기 위해 밖에서 기다려야 한다면, 다음 중 자신을 가장 잘 설명한 것은 무엇입니까? (하나만 선택):

- 10-15 분 혼자서 기다릴 수 있습니다.
 자리에 앉는 경우, 10-15 분 혼자서 기다릴 수 있습니다.
 누군가 저와 같이 기다려 줘야 합니다. 그 이유는 _____

10. 일반적으로 사용하는 공공 교통 수단 중 본인에게 가장 잘 해당하는 것을 무엇일까요? (예; 무니 버스 또는 레일):

- 중 교통을 사용한 적이 없습니다.
 대중 교통을 이용했지만, 장애가 생긴 후로는 이용한 적이 없습니다.
 지난 6 개월 동안 대중 교통을 이용했습니다.

이동 필요성에 대해 말씀해 주십시오.

11. 현재, 자주 가는 곳까지 어떻게 이동하십니까?

(해당 사항 모두 선택):

- 버스 보조 교통수단 직접 운전 BART
 택시 페리 전차 대리 운전
 TNC /라이드 쉐어
 기타 _____

12. 다른 사람의 도움을 받아서 이동하십니까?

- 항상 가끔 전혀

"항상" 또는 "가끔"이라고 응답한 경우, 어떤 유형의 도움을 말합니까?

13. 집에서 가까운 대중 교통 정류장을 오갈 수 있습니까?

- 예 아니오 가끔

아니오 또는 가끔이라고 응답한 경우, 이유를 말씀해 주십시오:

14. 차량에 탑승하거나 내릴 때 핸들이나 난간, 동전 또는 승차권을 잡을 수 있습니까?

- 예 아니오 가끔 모름(해본 적 없음)

아니오 또는 가끔이라고 응답한 경우, 이유를 설명해 주십시오:

15. 자리에 앉은 경우, 대중 교통의 움직임을 견디며 몸의 균형을 잡을 수 있습니까?

- 예 아니오 가끔 모름(해본 적 없음)

아니오 또는 가끔이라고 응답한 경우, 이유를 설명해 주십시오:

16. 승강장, 경사로 또는 버스의 앞부분을 낮춰주는 받침돌이 있는 경우, 대중 교통 버스를 타고 내릴 수 있습니까?

예 아니오 가끔 모름(해본 적 없음)

아니오 또는 가끔이라고 응답한 경우, 이유를 설명해 주십시오:

17. 이 밖에, 참고할 만한 다른 정보가 있다면 자유롭게 말씀해 주십시오.

모든 질문에 응답하고, 상세 설명에 대해 빠짐없이 작성하셨습니까?

신청서를 완성하기 위해서는 두 곳에 서명을 하셔야 합니다:

- 신청인 증명 (9 페이지)
- 적절한 의료 또는 재활 전문인으로부터의 의료 정보 사용 및 공개 허가서 (10 페이지)

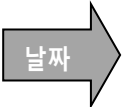
하나라도 빠진 부분이 있으면 신청서가 반려됩니다.

신청자 증명

이 신청서에 포함된 정보는 진실하며 올바르다는 점을 확인합니다. 고의로 잘못된 정보를 제공하면 서비스 신청이 거부된다는 점을 확인합니다. 모든 정보는 외부로 유출되지 않고, 신청자의 요청이 있는 경우에 서비스를 제공하는 데 필요한 정보만 해당 관계자들에게 공개된다는 점을 확인합니다.

이용 자격 판정에 참고할 목적으로, 대중 교통 이용에 관한 신청자의 기능성을 잘 아는 전문가에게 연락할 수도 있습니다.

서명:

 날짜 신청자의 서명 _____ 날짜 _____

신청자의 자격이 만료되기 90 일 전에 이를 통보받기 원하는 사람이 있습니까?(예: 친척, 사회복지사 또는 대행사 등)

예 아니오

예라고 응답한 경우, 그 사람의 이름/대행사:

이메일 주소: _____ 전화: (____) _____

관계: _____

이 양식을 작성하는 데 도와준 사람이 있습니까? 예 아니오

예라고 응답한 경우, 그 사람의 이름: _____ 전화: (____) _____

관계: _____

참고: 이용 자격을 변경해야 할 만큼 장애 정도가 개선될 경우, 이를 통보하셔야 합니다. 이용 자격이 있다고 판정된 이후에 건강 상태가 호전되거나 잘못된 정보가 발견되는 경우, 이용 자격이 정지되거나 다시 신청해야 합니다..

의료 정보 공개 승인서에 서명하시려면 10 페이지로 가십시오.

의료 정보 사용 및 공개 허가

(신청인 또는 신청인의 대리인이 작성)

공공 교통 수단을 사용하기 위한 신청인의 기능을 가장 잘 이해하고 있는 의사 또는 의료인의 정보를 제공해 주십시오.

신청인의 의사 또는 의료 제공자: _____

의사의 주소: _____

의사의 전화 번호: _____ 팩스: _____

의료 기록 번호, 알고 있다면: _____

나, 신청인은 이 양식의 하기에 기록된 바와 같이 나의 개인 식별 가능 보호된 건강 정보 (Protected Health Information: PHI) 를 교통 수단 서비스를 받기 위한 나의 자격 요건 결정 목적으로 트랜스데브(Transdev)/SF 파라트랜짓에 공개 또는 사용할 것을 승인합니다.

신청인 이름: _____

요청 정보를 다음의 주소로 보내 주십시오:

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


사용 또는 공개될 보호 건강 정보 (PHI) 에 대한 특정 내용:

신청인의 문서화된 장애 내용 및 장애가 신청인이 Muni 또는 BART를 또는 버스/기차를 독립적으로 사용하는데 어떻게 영향을 미치는지에 대한 설명.

이 승인서는 서명일로부터, 또는 다음과 같은 상황이 생긴 1년 후에 소멸합니다: SF 파라트랜짓이 요청한 PHI를 수령함으로써 ADA 파라트랜짓 자격 요건 결정이 가능해진 날.

나는 사용 또는 공개된 PHI는 수령 기관에 의해 재공개될 수 있으며, 이러한 경우 연방 정부의 개인정보 보호법에 의해 더 이상이 보호되지 않음을 이해합니다. 또한 이 승인서는 SF 파라트랜짓에 서면으로 통지함으로써 언제든지 철회할 수 있음을 이해하고 있습니다.

(서명 전에 완성해야 할 양식)

날짜  _____ 날짜
신청인 또는 신청인 대리인의 서명 _____ 날짜

해당하는 경우, 신청인 대리인의 정자 이름: _____

신청인과의 관계: _____

(이 양식은 요청에 따라 이용가능한 형식 및/또는 다른 언어로 제공될 수 있습니다)