

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, 첨부된 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:

점자

대형 출력물

오디오 테이프

컴퓨터 디스켓 / CDR

전화: (415) 351-7000

"샌프란시스코 베이 지역의 장애인용 교통 수단"이라는 브로셔와 "움직이는 커뮤니티"라는 비디오에서 ADA 보조 교통수단 및 이용 자격의 기준을 자세히 찾아볼 수 있습니다. 자세한 정보는 다음으로 연락하십시오. (415) 351-7050.

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. 신청을 완료하려면, 3 군데에 서명해야 합니다.
 - 신청자 증명(8 페이지)
 - 의료진 또는 재활 전문가에 대한 정보 제공 승인(9 및 10 페이지)
4. 신청서를 작성하여 다음의 주소로 발송하십시오. 68 – 12th Street, San Francisco, CA 94103.

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

감사합니다.

정자로 기재하십시오.

개인/연락 정보

이름: _____

_____ 이메일: _____

주소: _____ 아파트 동수: _____

시: _____ 우편번호: _____

주소(집 주소와 다른 경우): _____

_____ 아파트 동수: _____

시: _____ 우편번호: _____

업무 시간 연락처: (____) _____ TDD/TTY: (____) _____

업무 시간 외 연락처: (____) _____ 휴대폰: (____) _____

문자 메시지로 정보를 수신하시겠습니까?

___ 예 ___ 아니오

생년월일: ____/____/____

☐ 여성

☐ 남성

모국어 (선택하십시오): ☐ 영어 ☐ 기타 (구체적으로) _____

향후, 자신에게 편한 형식으로 서면 정보를 받고 싶은 경우, 원하는 형식을 선택하십시오.

☐ 디스켓/CDR

☐ 오디오 테이프

☐ 점자

☐ 대형 출력물

☐ 기타 _____

비상 시, 누구에게 연락하면 됩니까?

이름: _____

관계: _____

업무 시간 연락처: (____) _____ 업무 시간 외 연락처: (____) _____

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 | ☐ 전동 휠체어 | ☐ 커뮤니케이션 기기 |
| ☐ 흰지팡이 | ☐ 인도견 | ☐ 보행기 |
| ☐ 전동 스쿠터 | ☐ 목발 | ☐ 수동 휠체어 |
| ☐ 다리 보호기 | ☐ 휴대용 산소 탱크 | |
| ☐ 기타 보조 기구 _____ | | |

7. 현재의 생활을 가장 잘 설명한 내용을 고르십시오.

- ☐ 24 시간 보호 시설 또는 양로원
- ☐ 주거 지원 시설
- ☐ 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. 다음 중 자신을 가장 잘 설명한 것은 무엇입니까?

(하나만 선택):

- ☐ 대중 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
☐ 기타 _____

12. 다른 사람의 도움을 받아서 이동하십니까?

- ☐ 항상 ☐ 가끔 ☐ 전혀

12a. "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?
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:

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 승인

(신청자가 작성해야 함)

이 정보를 현지 대중 교통 사업자에게 공개하기 위해, 자격 증명이 있는 전문가(의사, 테라피스트, 사회복지사 등)가 장애 또는 건강 관련 상태를 검증하도록 **승인합니다**. 이 정보는 보조 교통수단의 이용 자격을 검증하는 용도로만 사용됩니다. 이 승인에 대한 사본 1 부를 받았으며, 언제라도 이를 철회할 수 있다는 점을 확인합니다.

의료 정보를 공개할 수 있는 전문가의 이름:

주소: _____

진료 기록 또는 ID #(알고 있는 경우): _____

전화 _____

팩스 _____

서명:

신청자의 서명 _____ 날짜 _____

의료 정보 공개

(신청자 또는 신청자의 대리인이 작성해야 함)

수신: _____(의사 또는 사업자의 이름 삽입)

이 신청서의 아래와 같이 기술된 것처럼, 개인 식별이 가능한 건강 정보(“보건 정보”)를 교통 서비스의 이용 자격을 판별할 목적으로 Veolia/SF 보조 교통수단에서 사용하거나 이들에게 공개할 것을 승인합니다.

환자 이름: _____ 현재 날짜: _____

요청 받은 정보를 다음의 주소로 발송하십시오.

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

사용되거나 공개되는 보건 정보에 대한 구체적인 설명:

신청자 및 환자의 장애 정도에 대한 문서, 이 장애가 Muni 또는 BART 의 다른 장애인용 버스/열차를 혼자서 이용하는 데 미치는 영향

이 승인이 만료되고 난 후의 과정:

ADA 보조 교통수단의 이용 자격 판정을 위해 요청된 특정 정보(상기 참조)를 전문적으로 검증

보건 정보는 이 승인 권한에 의거하여 보건 정보를 수령하는 사람에게 다시 공개될 수 있으며, 공개된 보건 정보는 연방 개인정보 규제에 따른 보호를 받지 못한다는 점을 확인합니다. 또한, 언제라도 이 승인 권한을 서면으로 철회할 수 있지만, 그렇더라도 이 승인 권한의 철회가 통보되기 전에 취해진 조치에는 효력이 없다는 점을 확인합니다.

개인 또는 대리인의 서명

날짜

(신청서를 작성한 후에 서명해야 함)

가능한 경우, 대리인의 이름을 정자로 기입하십시오: _____

관계: _____

연서인

날짜

(이 신청서는 신청자가 원하는 형식으로 제공되며, 요청 시 모국어 지원을 받을 수 있습니다.)