

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：

点字

大きな活字

音声テープ

コンピュータディスクレット/CDR

電話番号：(415) 351-7000

申請書は、こちらで受領した後、**21日**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. 申請書には、必ず**3**か所に署名をしてください。
 - 申請者による証明 (8ページ)
 - 適切な医療従事者、またはリハビリ専門家への医療情報に関する開示の許可 (9ページと10ページ)
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。

よろしく願いいたします。

活字体にてご記入ください。

個人/連絡先情報

名前（名、ミドルネーム、姓）：

_____ メール：_____

自宅の住所：_____ 区画：_____

市：_____ 郵便番号：_____

郵送先住所（自宅の住所と異なる場合）：
_____ 区画：_____

市：_____ 郵便番号：_____

日中の電話番号：(____)_____ TDD/TTY: (____)_____

夜間の電話番号：(____)_____ 携帯電話：(____)_____

出生日：____/____/____ 女性 男性

主に使用している言語（チェックマークを記入）：

英語 その他（具体的な言語名）_____

人種/民族（ご回答は任意です）：
 アジア人 または太平洋諸島出身
 黒人 またはアフリカ系アメリカ人 スペイン人 またはラテンアメリカ系 白人
 中東系 または北アフリカ系 アメリカ先住民
 それ以外の人種または民族（具体的に記入）：_____ 答えたくない

情報について特に希望する形式があるときは、希望するものを以下からお選びください。

ディスケット/CDR 音声テープ 点字 大型活字
 その他 _____

緊急時の連絡先

名前：_____

続柄：_____

日中の電話番号：(____)_____ 夜間の電話番号：(____)_____

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）：

- | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 杖 | <input type="checkbox"/> 電動式車いす | <input type="checkbox"/> 通信器具 |
| <input type="checkbox"/> 白杖 | <input type="checkbox"/> 介助動物 | <input type="checkbox"/> 歩行具 |
| <input type="checkbox"/> 電動式スクーター | <input type="checkbox"/> 松葉づえ | <input type="checkbox"/> 手動式車いす |
| <input type="checkbox"/> 下肢装具 | <input type="checkbox"/> 携帯式酸素タンク | |
| <input type="checkbox"/> その他の介助器具 _____ | | |

7. 現在の生活状況について最も近い説明を選んでください。

- 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。
- 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. 以下の記述のうち、あなたに最も当てはまるものをお選びください。（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 障害者向け送迎サービス 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 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。

12a. 「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？
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。

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？**

Yesはい No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： _____

この書式に必要な事項を記入する際、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となります**。

医療情報の開示に関する許可

(申請者が記入してください。)

私はここに、私の障害、または健康状態について検証することができる以下に示す有資格の専門家（医師、治療家、ソーシャルワーカーなど）が、この情報を地元の公的交通機関に開示することを許可します。この情報は、私が障害者向け送迎サービスを受けることの適格性を審査するためにのみ使用されるものとし、私は、この書面のコピーを受領する権利を持ち、いつでもこの許可を取り消すことができるものと理解しています。

私の医療情報を開示することができる専門家の名前：

住所：

医療上の記録、またはID番号（判明している場合）：

電話番号： _____

ファックス番号： _____

ここにご署名ください。

申請者の署名： _____ 日付： _____

情報の使用、または開示の許可

(申請者、または申請者の代理人が記入してください。)

宛名： _____ (医師、または医療サービス提供者の名前)

私はこの書式（この「許可書」）の以下の部分で説明するように、送迎サービスを受けるための適格性を判断することを目的に、個人を特定することが可能な健康に関する情報を使用し、これをSF Paratransitに開示することを許可します。

患者の名前： _____ 本日の日付： _____

求められる情報を以下に送付してください。

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

保護対象となる、使用または開示される健康に関する情報に関する具体的な説明：

私たちの申請者、あなたの患者が抱える確認済みの障害の内容、およびその障害が、MuniまたはBARTの通常のバス/列車を独りで利用する上で本人にもたらす影響に関する具体的な説明

この許可が無効となる事象：

障害者向け送迎サービスを受ける適格性を判断するために求められる具体的な情報（上を参照）について専門家による検証が行われたとき。

私は、保護対象の医療情報が、本許可書に従って保護対象の医療情報の受領者に再び開示され、開示された保護対象の医療情報が連邦プライバシー規定によって保護されない可能性があるものと理解しています。私はまた、書面による通知を行うことでいつでもこの許可書を無効にすることができますが、私がこれを行った場合、本許可書の無効化が知られる前にあなたが取った措置については何ら影響が及ばないものと理解しています。

本人、または本人の代理人の署名

日付

(署名する前に、必要事項をすべて記入してください。)

該当する場合は、本人の代理人が活字体にて名前を記入してください。_____

本人との続柄： _____

証人

日付

(この書式は、利用しやすいフォーマットで作成されています。求め応じて他の言語でもご利用可能です。)