

ADA 輔助車載服務申請表格

申請人的重要資料

這份資料包括你需要的一些用作申請三藩市灣區輔助車載服務的資訊和表格。其為美國人傷殘行動(ADA)協會要求之其中一項手續。這項輔助車載服務由所有公共運輸系統聯合提供。這項特殊類別的公共交通服務只限於某些在一個時段中或全部時間,因傷殘或在健康影響情況下未能獨立運用普通的公共交通之人士。

要獲得批准使用ADA輔助車載服務,你必須被証實合乎資格。是否合資格要視乎個別情形而定。跟據ADA的條例,決定是否合資格前必須經過嚴格審查,只限於某些因特殊情形限制下對於使用公共交通有防礙之人士。

你的申請可能會被通過作為全部性合資格(無限制式的)或限制式即只能在某種行程才能使用(有限制性合資格)。如果你被發現有能力使用公共汽車和鐵路交通工具作任何行程而不需其他人幫忙時,你便會被否決資格使用輔助車載服務。

要申請是否合資格你必須將申請表格全部填好。我們會審核你的能力是否能夠使用公共交通工具。當審核完畢你的申請表時,我們可能需要更多資料。我們可能需要作:

- 電話跟你聯絡
- 約見面談或實際的評估, 或
- 諮詢你的醫生, 健康專家, 或其他專科關於你的狀況和能力

用作:

- 大字體
- 光榮/CDR
- 電子郵件

致電:(415) 351-7000

你的申請表格會在收到後21天內進行審核. 你的申請表格必須正確填妥和你必須在被要求時作第二階段的審查作好準備. 第二階段的審查可能包括和你作電話會談, 醫療證明, 或親身面談. 親身面談可能包括實際測試來決定你的能力是否能夠使用公共交通出外, 例如是否能夠步行到公共汽車站, 閱讀路牌等.

你會從郵寄收到是否合資格的通知. 如果你証實合乎資格, 你便合資格使用服務橫貫灣區的9個縣. 如果你不同意是否合資格的決定, 你有權利上訴. 關於如何提出上訴的資料會包括在你收到是否合資格的函件上. 如果合資格與否的決定通知超過21天時, 你會被假設合資格而允許使用輔助車載服務直至有關你合資格與否的最後決定為止. 這不包括如果, 因你未實行你的責任, 而令我們未能完成你的申請程序.

申請人的指示

1. 請用正楷字體或打字方式答覆全部在申請表上的問題. 你詳盡的答案和解釋會幫助我們作正確的決定. 必定要回答在申請表格上的全部問題, 否則會被當作未完成. 未完成的申請表會被退回.
2. 你不需要附加任何紙張或資料. 不過, 你可以寄上其他文件來幫助我們更瞭解你行動受限制的原因. 所有你提供的資料會嚴格保密.
3. 您必須在兩個地方提供簽名才能完成申請:
 - 申請人證明書(第8頁)
 - 獲得適當的醫療或復健專業人員授權使用或發布醫療資訊 (第 9 頁)
4. 將填妥的申請返回至:
 - 郵件: 68 12th Street, San Francisco, CA 94103
 - 傳真: (415) 351-3135
 - 電子郵件: sfptcertification@sfparatransit.com

需要幫忙有關申請表格的填寫或要查閱申請表格的情況可以致電到:(415) 351-7000 或 (415) 351-7005

多謝

請用正楷

必需的：

姓名(名字、中間名、姓氏):

出生日期：____/____/____

家庭地址：_____ 公寓 #: _____

城市：_____ 郵編：_____

郵寄地址 (如果與家庭地址不同):

公寓 #: _____

城市：_____ 郵編：_____

主要電話：(____) _____ 選擇一個 家 工作 手機

可選項：

輔助電話：(____) _____ 選擇一個 家 工作 手機

電子郵件：_____ 性別：女 男 其他 _____

Clipper 卡號：_____ 輔助交通 ID# (如果已知) _____

首選語言：英語 其他 (請說明) _____

種族/民族：亞洲人或亞裔美國人 黑人和/或非裔美國人

西班牙裔和/或拉丁裔 中東和/或北非 白種人或高加索人

美國印地安人或阿拉斯加原住民或土著 夏威夷原住民或太平洋島民

未列出 (請說明)：_____ 不願說明

如果您將來需要以可查閱的格式提供任何書面信息，請勾選您喜歡的格式：

大字體 電子郵件 (用於 TTS 閱讀器) 點數字 其他 _____

如果有緊急情況，我們該聯絡誰？

姓名：_____

關係：_____

主電話：(____) _____

輔助電話：(____) _____

告訴我們關於你的傷殘/有關健康的狀況

請詳細回答以下問題 ---- 你對問題的精確答案會幫助我們確定你的資格

- 1 那種傷殘/有關健康的狀況妨礙你在沒有其他人幫助下使用普通的公共交通工具(例如:BART, 公共汽車, 街車)?

- 2 摘要地解釋你的狀況當你沒有其他人幫助時怎樣妨礙你使用普通的公共交通工具.

- 3 何時是你第一次經驗你以上描述的情況?

0-1年前 1-5年前 長過5年前

- 4 你描述的情況是否隨着日子改變而影響你使用公共交通工具的能力?

是, 有些日子好, 有些差 不是, 沒有改變
 不知道

- 5 你描述的情況是:

永久 暫時 不知道

如果是暫時, 你估計這樣情況有幾長時間?

告訴我們關於你出外的需要

11. 你通常怎樣出外去你常去的地方？(選擇可適用的)
- 公共汽車 輔助交通 自己駕駛 BART
 計程車 渡輪 街車 其他人駕駛載我
 交通網路公司/共乘 其他 _____

12. 在你出外時, 你是否需要其他人幫助?
- 時常 有時 從不需要
- 12a. 如果“時常”或“有時”, 他們供應那種幫助?

13. 你能從家裡步行到或回最近的公共交通站?
- 可以 不可以 有時
- 如果“不可以”或“有時”, 解釋為什麼:

14. 當你上落交通中, 你是否可以用扶手或軌道, 硬幣或票?
- 可以 不可以 有時 不知道, 從未試過
- 如果“不可以”或“有時”, 解釋為什麼:

15. 當你坐在公共交通中, 你是否可以保持平衡和能經受移動?
- 可以 不可以 有時 不知道, 從未試過
- 如果“不可以”或“有時”, 解釋為什麼:

16. 你是否能够上落公共交通汽車如果它有升降臺、斜道、或跪下使公共汽車的前方降下？

可以 不可以 有時 不知道，從未試過

如果“不可以”或“有時”，解釋為什麼：

17. 請加上任何其他資料是你想我們知道關於你的能力。

你是否回答所有問題和提供所有要求的解釋？

您必須在兩個地方提供簽名才能完成申請：

***申請人認證（第8頁）**

***獲得適當的醫療或復健專業人員授權使**

用或發布醫療資訊（第 9 頁）

未完成的申請會被退回

申請人聲明

我聲明在這申請表的全部資料是真實和正確的. 我明白存心偽造資料的結果是拒絕服務.
我明白全部資料會被保密, 只有我要求提供服務的必須資料會被透露給履行服務的人.
我明白這是須要聯絡專業人仕關於我的使用公共交通運作能力來決定我是否合資格使用輔助交通的須要.

在此簽處:

申請人簽名

日期

是否有人 (如親戚社會工作者或代理機構等) 希望我們在您的資格到期前90天通知您?

是 否

如果是, 個人名稱/代理:

電子郵件地址: _____ 電話: () _____

關係: _____

是否有人幫助你填寫這份表格? 是 不是

如果是, 姓名: _____ 電話: _____

關係: _____

請注意:

如果你的傷殘有足夠的進步使你改變你資格的身份, 這是你的責任知會我們.

如果你的狀況有進步在你被確定資格後或我們發現你提交錯誤的資料, 你的資格會被暫停或你會被要求再申請.

繼續至第9頁簽署《醫療釋放授權書》

使用或放行資料授權書

(由申請人或申請人代表填寫)

請提供最了解申請人使用公共交通工具能力的醫師或服務提供者。

申請人的醫生或醫療服務提供者： _____

醫生地址： _____

醫生電話： _____ 傳真： _____

醫療記錄或身分證號碼（如果知道）： _____

我,即申請人,在此授權 Transdev/SF Paratransit 使用或揭露我的個人可識別受保護健康資訊 (PHI)(如下所述),以確定我是否有資格接受交通服務。

申請人姓名： _____

請將所需資訊寄至：

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

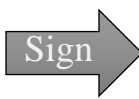
即將使用或揭露的受保護健康資訊 (PHI) 具體描述：

申請人是否有任何已記錄的殘疾，以及該殘疾如何影響申請人獨自使用 Muni 或 BART 的其他無障礙公車/火車的能力。

本授權自簽署之日起一(1)年後或在發生以下事件時失效：SF Paratransit 收到所要求的 PHI 從而允許 SF Paratransit 做出 ADA Paratransit 資格認定。

我理解，使用或披露的 PHI 可能會被接收它的實體重新披露，並且不再受到聯邦隱私法規的保護。我還了解，我可以隨時透過書面通知 SF Paratransit 撤銷此授權。

(簽署前必須填寫表格)

 _____
申請人或申請人代表簽名 日期

如適用, 申請人代表的印刷姓名： _____

與申請人的關係： _____

(此表格可根據要求提供可存取的格式和/或其他語言版本。)