

# 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](mailto: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 대해 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)

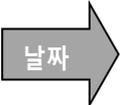
**하나라도 빠진 부분이 있으면 신청서가 반려됩니다.**

## 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)