

Enclosed are the Bay Area Americans with Disabilities Act (ADA) Paratransit application form and the translation of that form in the language you requested. Please be sure to complete and return the English application. The translation is included to assist you in understanding the application questions. If you need help completing the form, please call our office to find out what resources are available to you.

在此附上灣區美國殘障人士法案(ADA)輔助交通申請表，以及按照您所要求的語言提供的表格譯本。請務必完整填寫並交還英文表格。提供表格譯本是為了幫助您理解申請表中的問題。如果您在填寫表格的時候需要幫助，請致電我們的辦公室查詢可以獲得甚麼資源。

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地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:

- 盲人點字
 - 大字體,
 - 錄音帶
 - 或
 - 電腦磁碟Diskette/CDR
- 或致電:(415) 351-7000

申請人和其輔助人都被鼓勵在填寫附加的表格前閱讀一份小冊子稱為”三藩市灣區可使用的交通工具”。如果你需要取得一份小冊子可以打電話給你的車載服務機構。它能夠提供更多詳細資料有關ADA輔助車載和合資格之標準。

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地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. 你不可以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地保密。**
3. **你必須提供簽名在兩個位置上才算完成申請表格:**
 - 申請人證明書(第8頁)
 - 發放資料到有關醫療或康復專科部門的授權書(第9頁)
4. **郵寄填妥的表格到: 68 12th Street, San Francisco, CA 94103**

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

多謝

請用正楷

本人/聯絡資料

姓名(名, 中間名字, 姓):

住址: _____ 房號: _____

城市: _____ 郵區: _____

郵寄地址(如跟住址不同):

_____ 房號: _____

城市: _____ 郵區: _____

日間電話: (____) _____ TDD/TTY: (____) _____

夜間電話: (____) _____ 手機號碼: (____) _____

出生日期: ____/____/____ 女性 男性

主要語言(請選擇): 英語 其他(說明) _____

如果你將來需要獲得書面文件資料, 請選擇用甚麼方式獲得:

磁碟/CDR 錄音帶 盲人點字 大字體

其他 _____

如有緊急事故, 應聯絡甚麼人?

姓名: _____

關係: _____

日間電話: (____) _____ 夜間電話: (____) _____

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?

告訴我們關於你的能力和平常活動

6. 你是否通常期使用以下機動性援助或特別工具？（選擇可適用的）

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 拐棍 | <input type="checkbox"/> 電動輪椅 | <input type="checkbox"/> 溝通裝置 |
| <input type="checkbox"/> 白拐棍 | <input type="checkbox"/> 服務動物 | <input type="checkbox"/> walker |
| <input type="checkbox"/> 電動手推車 | <input type="checkbox"/> 拐杖 | <input type="checkbox"/> 手動輪椅 |
| <input type="checkbox"/> 腳支架 | <input type="checkbox"/> 便式的氧氣筒 | |
| <input type="checkbox"/> 其他援助 | _____ | |

7. 請選擇最能描述你現在生活的情况：

- 24小時照顧或醫互服務
- 協助生活服務
- 我接受他人的協助，來到我家中幫助我日常起居生活
- 我和我的家人或其他人人共居，他們幫助我
- 我獨自居住(沒有其他人協助)

8. 幾多街口你能活動？用你通常的機動性援助和沒有其他人的幫助。

9. 以下那句句是最能描述你如果要等待出外接送？（只選擇一項）：

- 我能够自己等待10至15分鐘
- 我只能够自己等待10至15分鐘，如果有坐位和遮蔽
- 我需要其他人和我一同等待，因為_____

10. 以下那句句是最能描述你？（只選擇一項）：

- 我從使用通常的公共交通工具
- 我使用通常的公共交通工具，但不是在我傷殘的時候
- 我使用通常的公共交通工具，當我的健康情况允許

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）
- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 公共汽車 | <input type="checkbox"/> 輔助交通 | <input type="checkbox"/> 自己駕駛 | <input type="checkbox"/> BART |
| <input type="checkbox"/> 計程車 | <input type="checkbox"/> 渡輪 | <input type="checkbox"/> 街車 | <input type="checkbox"/> 其他人駕駛載我 |
| <input type="checkbox"/> 其他 | _____ | | |

12. 在你出外時，你是否需要其他人幫助？（除了供應交通外）
- 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. 你是否能够往返最近你家的公共交通站？
- 可以 可以 有時
- 如果“可以”或“有時”，解釋為什麼：

14. 你是否需要用扶手或軌道、硬幣或票，當你上落交通工具？
- 需要 需要 有時 知道，從未試過
- 如果“需要”或“有時”，解釋為什麼：

15. 你是否需要保持平衡和能經受移動，當你坐在公共交通工具中？
- 需要 需要 有時 知道，從未試過
- 如果“需要”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 可以 有時 知道，從未試過

如果“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？
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 _____

是否有人幫助你填寫這份表格？ 是 不是

如果是，姓名： _____ 電話： (_____) _____

關係： _____

請注意：

這是你有責任知會我們如果你的傷殘有足夠的進步使你改變你資格的身份。

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。

釋放醫療資料授權書

(申請人自己填寫)

我在此授權以下合資格的專業人仕(醫生、治療專家、社會工作者等等) 能够檢查我的傷殘或關於健康狀況，釋放這些資料給我的本地公共交通代理處。這些資料只可作為檢查我用輔助交通的資格。
我明白我有權利收到一份授權書的副本，和我可以隨時撤消這授權書。

可釋放我的醫療資料的專業人仕的姓名：

地址：

醫療記錄或身份#，如果知道：

電話 _____

傳真機 _____

在此簽處：

申請人簽名 _____ 日期 _____

使用或放行資料授權書

致： _____（請在此填寫醫師或服務提供者名稱）

本人在此授權，根據以下表格（本“授權”）之描述，供 ATC 輔助交通公司使用或者向 ATC 輔助交通透露可以識別我的個人身份的健康資料（“受保護健康資料”），用於確定我接受交通服務的資格。

病患姓名： _____ 今日日期 _____

請將所要求的資料發往：

San Francisco Paratransit, 612 Street, San Francisco, CA 94108

請具體描述所使用或者透露的受保護健康資料：

我們的申請人、您的病患記錄在案的殘障，以及這（些）殘障如何影響他/她獨立使用 MUNI 或者灣區捷運(BART)的聯運巴士/火車。

本授權失效之事件：

所要求的資料（見上文）已經經過專業認證，令我們可以確定美國殘障人士法案(ADA)輔助交通使用資格。

本人理解，根據此項授權，我的受保護資料可以再次被透露給所授權此受保護資料的接受者，並且被放行的受保護資料可能不再受到聯邦隱私權法規的保護。本人亦理解，我可以在任何時候，以書面通知撤回此授權，但是如果我這樣做，不會影響您在收到此授權撤銷通知前發生的任何行動。

申請人或者申請人代表簽名

日期

（簽名之前表格必須填寫完整）

如果有代表人，請填寫代表人的正體姓名： _____

與申請人的關係： _____

證人

日期

（此表格可以容易獲得的形式索取以及/或者在提出要求的時候提供其他語言版本。）