

《美國殘障人士法》輔助客運系統服務申請

向申請人提供的重要資訊

本套資料包括您申請WHEELS Dial-A-Ride輔助客運系統資格所需的資訊和表格。作為《美國殘障人士法》(ADA)要求的一部分，所有的公共交通系統均須提供輔助客運系統服務。該項特殊類型的公共交通服務僅限在部分或全部時間內向因殘障或與健康相關的病症無法獨立使用普通公共交通工具的人士提供。

您必須經認證符合資格才能接受ADA輔助客運系統服務。資格是根據每個人的具體情況而確定。根據ADA的規定，嚴格限制僅限具有妨礙其使用可利用的公共交通、有特定限制的人士才符合資格。所有WHEELS的固定路線公交車均設有供輪椅上下車和無法上下階梯的人使用的升降機或活動坡道。

您的申請可能獲得全面(無條件)資格核准或僅限某些行程的有限(有條件)資格核准。如果發現您能夠無需他人幫助在所有的行程中搭乘普通公交車和城市鐵路交通車，您則不符合接受輔助客運系統服務的資格。

如需申請接受服務的資格，您必須完整地填寫隨附的申請表。我們會審查您使用所提供的公共交通工具的能力。在審查了您的申請後，我們可能需要瞭解進一步資訊。我們可能需要：

- 打電話與您聯絡
- 安排一次個人面談或功能評估，或者
- 就您的狀況和能力向您的醫生、健康專業人員或其他專業人員洽詢

如需索取：

- 盲文
- 大印刷字體資料
- 錄音磁帶
- 電腦磁盤/CDR

請將填妥的申請表寄至：

**WHEELS
1362 Rutan Court, Suite 100
Livermore, CA. 94551**

在收到您的申請表後，會在21天內處理您的申請。申請表必須適當填寫，並可能需要接受二級評估。二級評估可能包括電話訪談、醫療核查或面談。面談可能包括功能測試，以便確定您搭乘公交車的能力，例如能夠步行至汽車站、閱讀標牌等。

您會收到郵寄給您的資格決定通知。如果您經認證符合資格，您將有資格在整個九縣灣區旅行。如果您不同意資格決定，您有權提出上訴。您的資格通知會隨附如何提交上訴的資訊。如果資格決定需要超過21天才能作出，會在作出最終資格決定之前允許您接受輔助客運系統服務。如果是由於您本人未採取行動，使我們無法完成您的申請處理，則此項規定不適用。

申請人指南

1. 請對申請表中的所有問題用大寫字母或打字填寫，作出全面回答。您的詳細回答和解釋將幫助我們作出適當的決定。請務必回答所有的問題，否則您的申請將被視為不完整。不完整的申請會被退回。
2. 不要求您附加紙業或提供附加資訊。但是，您可以送交您認為可幫助我們理解您的身體限制的其他文件。您提供的所有資訊均會得到嚴格保密。
3. 在填寫申請表時，您必須在兩處簽名：
 - 只有在您回答「是」或「有時」時，才需要在「個人護理員證明」中簽名（第8頁）
 - 申請人證明（第9頁）
4. 此外，如果您需要個人護理員協助，則必須填寫和送交第8頁。

- | |
|--|
| 2 如需在申請過程中獲得幫助或者查詢您的申請狀況，請電洽 925-455-7555 。 |
|--|

謝謝！

請自行留存本頁

請用大寫字母或正楷字填寫

個人/聯絡資訊

姓名 (名、中間名、姓) :

家庭地址 : _____ 公寓號碼 : _____

城市 : _____ 郵遞區號 : _____

郵寄地址 (如果與家庭地址不同) :

_____ 公寓號碼 : _____

城市 : _____ 郵遞區號 : _____

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

晚間電話 : (_____) _____ 手機 : (_____) _____

出生日期 : ____/____/____ 女 男

主要語言 (請勾選) : 英語 其他 (請說明) _____

如果您需要用可使用的格式向您提供任何其他書面資料，請勾選您希望使用的格式：

磁盤/CDR 錄音磁帶 盲文 大印刷字體

其他 _____

如果出現緊急情況，我們應當與誰聯絡？

姓名：_____

關係：_____

日間電話：(____) _____

晚間電話：(____) _____

手機：(____) _____

請告訴我們您的殘障或與健康相關的病症狀況

請詳細回答以下問題 — 您對所有問題的具體回答將幫助我們確定您的資格。

1. 哪一種殘障或與健康相關的病症妨礙您在沒有他人幫助時使用普通公共交通工具（即BART、公交車、有軌電車）？

2. 請簡單地解釋您的病症如何妨礙您在沒有他人幫助時使用普通公共交通工具。

3. 您最初是在何時開始出現以上描述的病症的？

0-1年以前 1-5年以前 超過5年

4. 您描述的病症是否每天都有變化以致影響您使用公共交通工具的能力？

是，時好時壞 否，沒有變化

不知道

5. 您描述的病症是否是：

永久性 暫時性 不知道

如果是暫時性，您預計病症會持續多久？

請告訴我們您的能力和平常從事的活動

6. 您是否使用以下任何行動輔助工具或專用設備？(勾選所有適用的項目)：

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 手杖 | <input type="checkbox"/> 電動輪椅 | <input type="checkbox"/> 交流設備 |
| <input type="checkbox"/> 盲人用白手杖 | <input type="checkbox"/> 導盲犬 | <input type="checkbox"/> 助步車 |
| <input type="checkbox"/> 電動摩托車 | <input type="checkbox"/> 拐杖 | <input type="checkbox"/> 手動輪椅 |
| <input type="checkbox"/> 腿固定器 | <input type="checkbox"/> 便攜式氧氣瓶 | |
| <input type="checkbox"/> 其他輔助設備 | _____ | |

下一個問題是有關您的行動輔助設備的大小和重量。

請注意：WHEELS Dial-A-Ride (輔助客運系統) 公交車的設計適用於「普通輪椅」，ADA法規中定義的普通輪椅是，如果從離地面2英寸處開始測量，寬度不超過30英寸，長度不超過48英寸，人坐在上面時重量不超過600磅 (行動輔助設備和乘車人重量合計)。如果您的行動輔助設備尺寸更大或更重，可能會要求您親自前來接受評估，WHEELS Dial-A-Ride可能無法載運您。這是為了您自身的安全。按照ADA法規的規定，WHEELS車輛升降機設計為最多能載運約600磅的重量。

7. 根據以上描述，您的行動輔助設備是否超重？

- 是 否

當您坐在您的行動輔助設備上面時，重量是否超過600磅？

- 是 否 我不知道

如果您坐在行動輔助設備上面時總重量超過600磅，您是否能夠在無人協助的情況下離開行動輔助設備上車？

是 否

8. 請勾選最適當地描述您目前生活狀況的方框：

- 24小時有人護理或住在專業護理設施內
- 輔助居住設施
- 我接受前來我的住所幫助我料理日常生活活動的人的協助
- 我單獨生活（沒有其他人協助）

9. 您可以在無人幫助的情況下用您通常使用的行動輔助設備行走幾個城市街區？

10. 如果您必須在外面等車，以下哪一項最適當地描述您的狀況？（*僅勾選一項*）：

- 我能夠自己等候10-15分鐘
- 我只有在有座位和遮蔽的情況下才能自己等候10-15分鐘
- 因為以下原因，我需要有人與我一起等候：

11. 以下哪一項陳述最適當地描述您的情況？

（*僅勾選一項*）：

- 我從未使用過普通公共交通工具
- 我曾經使用普通公共交通工具，但自從我出現殘障後就無法再繼續使用

我在過去六個月內曾經使用普通公共交通工具

請告訴我們您的旅行需求

12. 您目前如何前往您經常去的地點？

(勾選所有適用的項目) :

- 公交車 輔助客運系統 自己開車 BART
 出租車 輪渡 有軌電車 有人為我開車
 其他 _____

13. 您是否能夠前往離您的住處最近的公共交通車站或從公共交通車站回家？

- 是 否 有時

如果回答「否」或「有時」，請解釋原因：

14. 您是否能夠在搭乘交通車或下車時抓住把手或欄杆或遞交硬幣或車票？

- 是 否 有時 不知道，從未試過

如果回答「否」或「有時」，請解釋原因：

15. 您是否能夠在坐下時保持身體平衡並承受公交車的晃動？

- 是 否 有時 不知道，從未試過

如果回答「否」或「有時」，請解釋原因：

16. 如果公交車配有升降機、活動坡道或可降低公交車前方高度的跪台，您是否能夠上下公交車？

是 否 有時 不知道，從未試過

如果回答「否」或「有時」，請解釋原因：

17. WHEELS向有意學習搭乘WHEELS固定路線公交車的年長者和殘障人士提供免費旅行培訓。WHEELS旅行培訓員提供一對一和小組旅行培訓，將教會您搭乘WHEELS固定路線公交車所需瞭解的所有知識。其中可能包括學習閱讀公交車地圖和日程表、熟悉公交車的上下車功能和轉車。您是否希望參加此類培訓？

是 否

18. 請附加任何其他您希望我們瞭解的有關您的能力的資訊。

個人護理員證明

個人護理員是向您提供日常生活活動（吃飯、穿衣、個人衛生、提拿物品、行走等）幫助的人。個人護理員無需始終是同一個人。

WHEELS Dial-A-Ride 駕駛員不是個人護理員，WHEELS Dial-A-Ride 也不提供護理員服務。

您在外出時是否有個人護理員陪伴？

是 否 有時

如果回答「是」或「有時」，請填寫以下所有的資訊，並簽名。WHEELS Dial-A-Ride 保留與您的健康護理專業人員聯絡，核查您的個人護理員需求的權利。

請用大寫字母或正楷字填寫

您的姓名 _____

請解釋您的個人護理員如何為您提供幫助 _____

證明

我證明，由於我的殘障或與健康相關的病症，我需要接受個人護理員的服務，在我使用輔助客運系統時與我一起旅行，並為我提供協助。我理解，以欺騙的方式申請與一名個人護理員一起旅行以避免同伴支付車費可能導致服務終止。

簽名 _____ 日期 _____

Applicant Certification

我證明，本申請表中的資訊準確無誤。我理解，有意提供虛假資訊將導致拒絕提供服務。我理解，所有的資訊均會得到保密，僅限向提供服務的人士披露必要的資訊。

我理解，可能有必要與一位熟悉我使用公共交通工具功能的專業人士聯絡，以便協助作出資格決定。

請在下方簽名：

申請人簽名 _____ 日期 _____

是否有人幫助您填寫本表？ 是 否

我們是否能與該人士聯絡，瞭解進一步資訊？ 是 否

如果回答「是」，姓名： _____ 電話：(____) _____

關係： _____



表格申請人填寫部分結束

第10-12頁必須由一位持照醫生填寫

持照醫療或精神健康專業人員證明

申請人姓名： _____

出生日期： _____

您是..... (請勾選一項)

醫生 (MD或DO) 驗光師 心理學家 (Ph.D)

醫生助理 脊柱推拿治療師 臨床社會工作者

持有行醫執照的護士 經認證定向與行走專家

娛樂、物理或職業治療師

MDS護士 (僅限專業護理設施)

說明：申請接受WHEELS Dial-A-Ride輔助客運系統服務的個人。按照《1990年美國殘障人士法》的規定，輔助客運系統服務僅限向因殘障妨礙使用普通固定路線公交車系統的人士提供。所有的WHEELS公交車均配備有升降機或活動坡道，供無法上下階梯的人使用。此類人士可能在以下一個方面有障礙：1) 無法獨自前往公交車站或從公交車站返回家中或無法成功地前往某一目的地，或者 2) 無法理解如何完成公交車行程。

為了申請人的益處，請儘量全面準確地回答以下問題。在回答問題時，請提供具體資訊。不完整的回答將導致申請被送回給個人。所有的健康護理資訊均會得到保密。如果您有任何疑問，請電洽 (925) 455-7555。感謝您花費寶貴的時間，並予以合作。

請審閱申請人或申請人代表在申請表中填寫的資訊。

1. 根據您對申請人狀況的瞭解，所提供的資訊是否準確？

是 否 在某種程度上

如果您勾選「否」或「在某種程度上」，請解釋：

2. 哪些具體的病症對申請人的行動和/或認知限制有影響？請定義障礙的程度，並包括（視覺靈敏度、DSM 代碼、GAF 或 IQ 得分（如適用））

註釋：年齡或無法駕車不是合格的因素。

診斷/殘障/開始日期/障礙程度

請解釋申請人的殘障如何妨礙他/她使用普通公交車系統。

3. 妨礙申請人使用普通公交車系統的殘障是：

永久性 暫時性 – 直至_____

4. 申請人及其輔助行動裝置是否超過600磅？

是；請列出申請人目前的體重 _____ 否

5. 申請人在外出時是否需要個人護理員 (PCA) ？

註釋：PCA是指定給殘障人士或殘障人士聘用的協助其滿足個人需求和/或在外出時提供協助的人。

是 否 有時

如果回答「有時」，請解釋： _____

我在此證明，在本申請表的「專業人士證明」一欄中提供的資訊準確無誤，否則甘願根據加利福尼亞州法律受到作偽證之處罰。

持照專業人士簽名

執照號碼

日期： _____

用大寫字母或正楷字填寫姓名： _____

機構： _____

地址： _____

城市、州、郵遞區號： _____

電話： _____

感謝您協助填寫本表。WHEELS將依照《1990年美國殘障人士法》使用所提供的資訊確定申請人接受輔助客運系統服務的資格。