

East Bay Paratransit

1722 Broadway
Oakland, CA 94612

ADA 资格申请

个人/联系信息 – 请用正楷填写

姓名

姓氏 名字 中间名
日间电话 (_____) _____ 手机 (_____) _____

夜间电话 (_____) _____ TDD/TTY (_____) _____

出生日期 ____ / ____ / ____ 女 男

主要语言 (请勾选) 英语 其它 (请注明) _____

家庭住址

门牌号 街道 楼号
城市 _____ 邮政编码 _____

邮寄地址 (如果与上述地址不同)

街道地址或邮政信箱 楼号
城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

您是否管理自己的事务并且自己处理邮件? 是 否

如果为否, 应将重要信件寄给谁?

姓名 _____ 关系 _____

地址 _____ 城市 _____

门牌号 街道 楼号
邮政编码 _____ 电话号码 (_____) _____

紧急情况联系人

姓名 _____ 关系 _____

日间电话 (_____) _____ 夜间电话 (_____) _____

手机 (_____) _____

请告诉我们您的残疾/健康状况

请详细回答以下问题—您具体明确的回答将有助于我们确定您的资格。

1. 您有何种残疾或健康状况，以致您在没有他人帮助的情况下无法使用 AC Transit 和/或 BART？

2. 请解释您的上述残疾或健康状况是如何导致您在没有他人帮助的情况下无法使用 AC Transit 和/或 BART 的。

3. 您何时第一次经历了您前述的情况？

1 年内 1-5年前 5年以前

4. 您所述的情况是否随着时间变化，从而影响您使用 AC Transit 和/或 BART 的能力？

有些日子能使用 Transit。有些日子则不能。

否，没有变化。

不知道。

5. 您描述的情况是：

永久的 暂时的 不知道

如果是暂时的，您预计会持续多久？ _____ 个月。

请告诉我们您的相关能力和日常活动情况

6. 您是否使用以下任何行动辅助或特制设备？

(请勾选所有适用项)：

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 无 | <input type="checkbox"/> 电动轮椅 | <input type="checkbox"/> 通信设备 |
| <input type="checkbox"/> 手杖 | <input type="checkbox"/> 动物辅助 | <input type="checkbox"/> 助行器 |
| <input type="checkbox"/> 盲人手杖 | <input type="checkbox"/> 拐杖 | <input type="checkbox"/> 人力轮椅 |
| <input type="checkbox"/> 电动小摩托 | <input type="checkbox"/> 便携氧气罐 | <input type="checkbox"/> 护腿 |
| <input type="checkbox"/> 其它辅助设备 _____ | | |

7. 您的体重是多少？ _____

8. 请勾选对您当前的生活情况描述最恰当的内容框：

- 独立生活（没有他人帮助）
- 需要 24 小时护理或入住专业护理院
- 与帮助我的家人一起生活
- 辅助生活设施
- 接受那些协助我日常起居的入户服务

9. 在没有他人帮助的情况下，您能使用轮椅或小摩托走多远？

- | | |
|----------------|-----------------|
| 少于一个街区 _____ | 3 至 6 个街区 _____ |
| 最多 2 个街区 _____ | 7 个或更多街区 _____ |

10. 如果您要到外面搭车，以下哪个陈述对您的描述最恰当？（请仅勾选一个答案）：

- 我可以自己等待十到十五分钟。
- 只有在有座位和遮蔽的情况下，才可以自己等待十到十五分钟。
- 我需要有人跟我一起等，因为 _____

11. 以下哪个陈述对您的描述最恰当？（请仅勾选一个答案）：

- 我从来没有用过 AC Transit 和/或 BART。
- 我用过 AC Transit 和/或 BART，但自从有了残疾/健康状况后就没有用过了。
- 我在过去的六个月中用过 AC Transit 和/或 BART。

请告诉我们您的出行需求

12. 您目前通过什么方式到达您常去的地方？请勾选所有适用项。

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 公共汽车 | AC Transit 或 Program 巴士 (请圈选您使用的方式)。 |
| | 每个月几次? _____ |
| <input type="checkbox"/> BART | 每个月几次? _____ |
| <input type="checkbox"/> 辅助客运系统 | East Bay、City 或其它计划 (请圈选您使用的方式)。 |
| | 每个月几次? _____ |
| <input type="checkbox"/> 出租车 | Scrip Program 或全价 (请圈选您使用的方式)。 |
| | 每个月几次? _____ |
| <input type="checkbox"/> 自己开车 | 每个月几次? _____ |
| <input type="checkbox"/> 有人开车带我 | 每个月几次? _____ |

13. 您自己能否来往于离家最近的 AC Transit 停靠站？

- 能 不能 有时能 不知道停靠站在哪里
- 如果是不能或有时能，请勾选原因：
- 山坡 马路牙子 没有人行道 天气
- 到停靠站的距离 过街

14. 您能否抓握把手、扶手、硬币和车票？

- 能 不能 有时能 不知道，从来没试过
- 如果是不能或有时能，请说明原因：

15. 在抓住立杆或扶手的情况下，您能否在移动的 AC Transit 巴士或 BART 列车上站立并保持平衡？

- 能 不能 有时能 不知道，从来没试过
- 如果是不能或有时能，请说明原因：

请告诉我们您的出行需求

16. 请提供您最常去的地方的地址（例如，医疗机构、理疗师那里、商店以及其它地方）

地方	地址	城市	电话号码（如果已知）

17. 请填写其它任何您希望我们了解的能力或残疾信息。

18. East Bay Paratransit 将向因残疾而无法阅读印刷材料的人士提供替代材料。
如果您符合条件，请勾选您喜爱的形式：

- 电子邮件 请用正楷填写电子邮件地址： _____
- 盲文
- CD 录音
- CD 文本文件
- 录音磁带

19. 您是否享受 Medi-Cal 计划？ 是 否
如果是，请提供您的 Medi-Cal 号： _____

个人护理陪同者确认

个人护理陪同者是为您的日常起居（衣、食、个人卫生、走路等）提供帮助的人。陪同者不必始终是同一人。

East Bay Paratransit 驾驶员不是个人护理陪同者，**East Bay Paratransit** 也不提供陪同者。

您是否随个人护理陪同者一起出行？ 是 否 有时一起

如果为是或有时一起，请在下面提供所有信息并签名。**East Bay Paratransit** 保留与您的健康护理专业人士联系以验证您的陪同者需求的权利。

请用正楷填写

您的姓名_____

说明您的陪同者如何帮助您_____

确认

我确认，由于身体残疾原因，我需要个人护理陪同者定期帮助我并随我乘坐 **East Bay Paratransit** 出行。我了解，诈称随陪同者出行为同伴逃票可能导致服务暂停。

签名_____日期_____

授权发布信息

(由申请者完成)

我特此授权以下能证明我的残疾或健康状况的持证专业人士（医生、治疗师、社工等）向 **East Bay Paratransit** 发布此信息。此信息将仅用于证明我享受辅助客运系统服务的资格。我了解，我有权获得本授权声明的副本，并且可以随时撤销该声明。

可以发布我的医疗信息的专业人士的姓名：

地址 _____
 街道 城市 邮政编码

医疗记录或 ID 号（如果已知） _____

电话号码 (____) _____

传真号码 (____) _____

在此签名

申请者的签名 _____ 日期 _____

申请者的姓名 _____

打印

申请者确认

我确认，本申请中的信息真实无误。我了解，故意捏造虚假信息将导致服务需求遭拒。我了解，所有信息都将获得保密，并且只有关乎我的请求服务的信息才会披露给服务执行人员或机构。

我了解，可能必须与熟悉我使用 **AC Transit** 或 **BART** 技能的专业人士联系以便确定我的申请资格。

签名：_____ 日期：_____

用正楷填写姓名：_____

关系（申请者非本人时）_____

是否有人帮助您填写此表？ 是 否

我们能否与此人联系以获取其它信息？ 能 不能

如果帮助您填写此表的人未在上面签名，请提供以下信息：

姓名_____电话号码 (____)_____

关系_____

请注意：如果您的残疾状况有所改善且足以改变您的资格状态，您有责任通知我们。如果在确定了您的申请资格后您的状况获得改善，或者我们发现您提交虚假信息，则您的资格可能被暂停，或者可能需要重新申请。

现在请拿起电话并拨打 510 287-5000 预约面谈。听到录音后按号码 5。参加面谈时请带上您填好并签名的 ADA 申请。