



## East Bay Paratransit ADA 资格申请

### 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。

## East Bay Paratransit ADA 资格申请

### 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"/> 赛格威（电动代步车） <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，使用一般助行器您能走几个街区？
- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 少于 1 个街区 _____ | 3 至 6 个街区 _____ |
| 最多 2 个街区 _____ | 7 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/伤残性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。

## East Bay Paratransit ADA 资格申请

### 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。

公共汽车      AC Transit 或 Program 巴士（请圈选您使用的方式）。  
每个月几次？ \_\_\_\_\_

BART      每个月几次？ \_\_\_\_\_

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？ \_\_\_\_\_

出租车      Scrip Program 或全价（请圈选您使用的方式）。  
每个月几次？ \_\_\_\_\_

自己开车      每个月几次？ \_\_\_\_\_

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

到停靠站的距离较远       需要过街       其它 \_\_\_\_\_

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：

---

---

### East Bay Paratransit ADA 资格申请

16. 请提供您最常去的地方的地址。  
(例如, 医疗机构、理疗师处、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 请工整填写电子邮件地址: \_\_\_\_\_
- 盲文
- 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 编号: \_\_\_\_\_

20. 您是通过哪种方式了解到 East Bay Paratransit 的?

- EBPT 员工  EBPT 乘客  报纸  卫生会
- 卫生保健医生  RCEB  其他: \_\_\_\_\_

## 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。

### 请用正楷填写

申请者姓名

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)

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

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

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

申请者签名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

申请者姓名 \_\_\_\_\_

请用正楷填写

## 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。

申请者签名 \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

用正楷填写姓名 \_\_\_\_\_

是否有人帮助您填写此表?  有  无

我们能否与此人联系以获取其它信息?  能  否

帮助申请者填写表格的人员签名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

用正楷填写姓名 \_\_\_\_\_

姓名 \_\_\_\_\_ 电话号码 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

关系 \_\_\_\_\_

**请致电 (510) 287-5000 (听到录音信息后按 5) 联系资格认证部，预约您的现场面谈评估。请在参加面谈时带上您填好并签名的 ADA 申请。**

# 計畫加入申請表

## 區域性公共交通聯運 (RTC) 卡



區域性公共交通聯運 (RTC) 卡僅為符合資格的殘障人士提供**固定線路交通服務**的優惠票價，例如三藩市灣區的列車、渡輪或公車。**此折扣卡不適用於輔助客運服務 (paratransit services)**。如已獲批准使用美國殘障人士法案 (ADA) 輔助客運服務，您將有資格獲得 RTC 卡。RTC 卡適用於 65 歲以下符合資格的乘客，若您的殘障問題需要看護人陪護，在這種情況下，允許 65 歲以上的乘客繼續使用 RTC 卡。

您可以在申請 ADA 輔助客運服務時選填此表格，也可以選擇在其後透過 <https://511.org/transit/rtc-card> 上的 RTC 基本資格申請表申請 RTC 卡。RTC 卡還需將乘客的照片印在卡上。如果提交申請表時未提供照片，RTC 工作人員將聯絡您索取照片。

### 申請人資訊

全名 (必填) : \_\_\_\_\_

出生日期 (月/日/年) (必填) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

地址 : \_\_\_\_\_ 公寓單元號碼 : \_\_\_\_\_

城市 : \_\_\_\_\_ 州別 : \_\_\_\_\_ 郵遞區號 : \_\_\_\_\_

電子郵件地址 : \_\_\_\_\_

首選通訊方式 (必填) :  美國郵政  盲文 (郵寄)  電子郵件

首選書面語言 :  英文  西班牙文  他加祿語  中文  其他 : \_\_\_\_\_

首選電話號碼 :  住家  手機 \_\_\_\_\_ 其他 : \_\_\_\_\_

我希望將卡寄至 (必填) :  我上面填寫的地址  公共交通機構，以便我前往領取

(公共交通機構名稱) \_\_\_\_\_

需要看護人副卡嗎? :  需要  不需要

確定您已符合 ADA 輔助客運資格的公共交通機構名稱 :

本人證明此申請表所填的資料真實無誤。本人了解，若存在欺詐或陳述失實的情況，我將被取消享受 RTC 計畫福利的資格。此外，如因申請流程需要，本人同意按要求提供附加材料和/或允許 RTC 聯絡上述機構。本人了解，申請加入 RTC 計畫即表示我同意 Clipper 路路通卡持卡人協議和 Clipper 路路通卡隱私權原則。這些資訊可在 [511.org](https://511.org) 的 RTC 下，以及 [ClipperCard.com](https://ClipperCard.com) 上獲得；如果您的申請獲得批准，這些資訊也會隨您的卡一起提供。如果提供了看護人副卡，我保證只有當我在看護人的陪同下出行並且使用我的 RTC 卡支付車費時，我才會允許看護人使用副卡。本人了解，濫用看護人副卡及相關福利將使我永久喪失看護人副卡的使用權。此外，本人了解未經授權使用副卡可構成逃票，將導致看護人被開罰單和罰款。

簽名 (必填) : \_\_\_\_\_ 日期 : \_\_\_\_\_