



请使用附件附上任何您想要补充的信息。

请从下列辅助设备中勾选您当前使用的设备。

- |                                     |                                |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 人力轮椅       | <input type="checkbox"/> 拐杖    | <input type="checkbox"/> 手杖          |
| <input type="checkbox"/> 电动轮椅       | <input type="checkbox"/> 护腿    | <input type="checkbox"/> 通信设备        |
| <input type="checkbox"/> 电动踏板车      | <input type="checkbox"/> 盲人手杖  | <input type="checkbox"/> 动物辅助        |
| <input type="checkbox"/> 助行器        | <input type="checkbox"/> 便携氧气罐 | <input type="checkbox"/> 其它辅助设备_____ |
| <input type="checkbox"/> 赛格威（电动代步车） |                                |                                      |

个人护理陪同者是为您的日常起居（衣、食等）提供帮助的人。陪同者不必始终是同一人。您是否随个人护理陪同者一起出行？ \_\_\_\_ 是 \_\_\_\_ 否 \_\_\_\_ 有时

您是否享受 Medi-Cal 计划？  是  否

如果是，请提供您的 Medi-Cal 编号： \_\_\_\_\_

我**确认**提供的信息真实无误。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。

此外，我也了解必要时 **East Bay Paratransit** 将：

- 在有问题时联系我；
- 与熟悉我使用 **AC Transit** 或 **BART**技能的专业人士联系；
- 要求我去办公室进行现场面谈。

申请者签名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

用正楷填写姓名 \_\_\_\_\_

关系（若非申请者本人签名时） \_\_\_\_\_

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？  是  否

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 \_\_\_\_\_