



Spec-Tran ADA 辅助公交申请表

Spec-Tran

为那些因身体或精神残疾而无法使用固定路线公交系统完成部分或全部行程的人士，提供邻近路缘接送的公共交通服务。这项服务由首都地区交通运输管理局 (CATA)

运营，仅适用于那些无法在固定路线巴士系统上完成的行程。填写此申请表将有助于确定乘客何时可使用固定路线巴士服务以及何时需要 Spec-Tran 辅助公交服务。

本表格的填写说明：

申请人（或协助人员）必须填写除医疗验证部分以外的整个文件。

申请人（或协助人员）必须填写除医疗验证部分以外的整个文件。

必须回答所有问题。填写不完整的表格将被退回。

如果您在填写表格时需要帮助，或者对 ADA 服务和资格有任何疑问，请随时联系首都地区残疾人网络 (DNCAP)。

电话：(517) 999-2760

免费电话：1 (877) 652-0403

TDD/TYY 转接：1-800-649-3777

填写完成后，请将表格寄回以下机构：

首都地区残疾人网络

901 E. Mt Hope Ave
Lansing, MI. 48910
传真：(517) 999-2767

尊敬的申请人：

有两项适用于 **Spec-Tran** 的 **ADA** 辅助公交资格标准：

1. 无论是否有其他人协助，您的残疾都阻碍您乘坐固定路线公交系统（即上车、乘车或下车）。请注意，所有 **CATA** 固定路线公交均符合 **ADA** 无障碍标准，并配有坡道。
2. 您的残疾妨碍您来往于固定路线公交站点。

如果在查看上述内容后，您认为自己有资格使用基于这些标准的 **Spec-Tran** 服务，请继续填写此申请表。如果您不符合以上至少一项标准，请致电 (517) 394-CATA (2282) 联系 **CATA**，了解有关固定路线公交服务的信息。

ADA 辅助公交资格分为三种：

1. 无条件 - 如果您的残疾状况妨碍您使用 **CATA** 固定路线公交服务进行任何可能需要的出行，则可获得此资格。
2. 有条件 - 如果您有时候可以使用公交，但在某些情况（例如恶劣的天气条件）下需要 **Spec-Tran** 服务，则可获得此资格。
3. 临时 - 此资格适用于具有需要 **Spec-Tran** 服务的临时状况不到一年的个人。

您提供的个人残疾信息会保密。完整填写的申请将在收到后的 **21** 天内处理。如果您在 **21** 天内未收到我们的回复，则在申请得到处理和裁决前，您有资格使用 **Spec-Tran**。

在某些情况下，我们需要您提供更多信息才能做出裁决。如果是这样，我们会联系您安排面谈。资格的批准或拒绝结果将以书面形式通知申请人，如果是拒绝，会告知裁决的原因。如果资格被拒，书面裁决将包含有关申诉流程的信息。

如果我们确定您有资格获得 **Spec-Tran** 服务，您将在邮件中收到 **Spec-Tran** 乘客指南和一张 **ADA** 识别卡。

第一部分

1. 姓名：_____

2. 地址：_____

如适用，请插入设施名称

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____

3. 电话号码 (联系您的最佳号码) : (_____) _____

4. 电子邮件地址：_____

5. 出生日期：_____ / _____ / _____

6. 性别： 男性 女性

请详细回答以下问题。 具体的回答有助我们确定您的资格。 填写不完整的申请表将被退回给申请人。

7. 妨碍您使用 **CATA** 固定路线服务的残疾状况是什么？固定

路线服务为大多数人所熟悉 - 即预定时间在常规路线运行的大型公交。

a) 这种状况是暂时的吗？ 是 否

b) 如果是，请估计状况预计会改善的日期：_____ / _____ / _____

8. 请回答以下关于您的出行能力的所有问题，包括使用助行设备：

a) 您是否可以在无帮助的情况下从住处走到路缘或路边？

是 否 有时 _____

b) 您是否可以在无他人协助的情况下走一个街区？

是 否 有时_____

c) 您是否可以在无他人协助的情况下走 1/4 英里（2-4 个城市街区）？

是 否 有时_____

d) 您是否可以在无他人协助的情况下走 3/4 英里（6-8 个城市街区）？

是 否 有时_____

e) 您是否可以在无他人支持的情况下等车 10-20 分钟？

是 否 有时_____

f) 您是否可以前往公交站？

是 否 – 请勾选所有适用项：

我无法找到公交站，因为我会迷路。

如果没有他人协助，我无法前往公交站。

我无法过马路。

大雨/大雪使我无法到达那里。

其他：

9. 请回答以下有关您能力的所有问题：

a) 如果需要，您是否可以根据要求提供您的地址、目的地和电话号码？

是 否 有时_____

b) 您是否能够识别目的地或地标？

是 否 有时_____

c) 您是否能够询问、理解和遵循指示？

是 否 有时_____

d) 您是否使用通讯辅助设备？

是 否 如果“是”，请指明：_____

10. 您的残疾/健康状况对您使用固定路线公交有何妨碍？

请尽可能具体（如有必要，请附上其他信息）。

11. 您目前如何前往常去的目的地？（请勾选*所有适用项*）：

- 自己开车 搭乘其他人开的车 乘坐 CATA 固定路线公交 乘坐出租车
- 其他（请说明） _____

12. 您是否搭乘过 CATA 固定路线公交？

- 是 否 -

请解释没有搭乘过的原因： _____

13. 您目前是否能够使用 CATA 固定路线公交满足您的任何交通需求？

- 是 否 我不知道 - 请说明：

14. 如果提供您适当的培训和练习，您是否能够使用 CATA 固定路线公交服务？

- 是 否 有时 -

请说明： _____

第二部分

1. 当您出行时，是否需要他人协助？

- 始终 有时 从不

2. 您出行时需要什么类型的协助（请勾选所有适用项）？

- 从公交前往我的目的地 通讯
 药物/设备帮助 移出我的助行设备
 其他：_____

如果您需要一名服务员，则作为个人护理服务员 (PCA) 的人员可免费乘坐辅助公交。PCA 必须与 Spec-Tran 乘客在同一地点上下车。

3. 您使用以下哪种助行工具（请勾选所有适用项）？

- 手动轮椅 助行器 拐杖
 电动轮椅 服务性动物
 电动滑板车 氧气
 手杖

4. 如果您使用超大轮椅或电动滑板车，请提供以下信息：

品牌/型号_____ 设备尺寸：长度_____ 宽度_____

您的轮椅或滑板车加上您自己的总重量是否超过 800 磅？

- 是
 否

注意：只要安全，Spec-Tran 将尽一切努力来搭乘您的助行设备

请列出两名紧急联系人的姓名：

姓名：_____ 电话：_____

关系： _____

姓名： _____ 电话： _____

关系： _____

您是否需要通过以下任一方式向您发送信息和材料（请勾选所有适用项）？

大字版 音频磁带 其他： _____

请继续查看认证声明和医疗信息授权发布书。

认证声明和医疗信息授权发布书 (申请人)

本人了解这份评估表旨在确定我是否有时候无法使用 CATA 提供的固定路线公交服务，并且必须使用 Spec-Tran 辅助公交服务。

本人理解，此申请中包含的关于本人残疾状况的信息将保密，并仅与评估本人资格的专业人员分享。兹证明，据本人所知，本评估表中的信息真实正确。

本人了解，提供虚假或误导性信息可能导致重新检查本人资格。

本人特此授权在医疗确认页上所列的专业人员向 CATA 和/或首都地区残疾人网络 (DNCAP) 提供所需的信息。兹证明本页和前页上的信息正确无误。

如果本申请表是由申请认证人员以外的其他人填写，则该人员必须填写以下内容：

姓名 _____
地址 _____
城市 _____ 州 _____ 邮编 _____
日间电话 _____

申请人签名或授权代表 (必填)

_____ 日期 _____

请将此完整申请表邮寄或传真至：

首都地区残疾人网络
901 E. Mt Hope Ave
Lansing, MI. 48910
517-999-2767 (传真)

此表格需由申请人或其代表填写的部分到此结束。此最后部分 (见下页) 必须由执业医师或其他医疗专业人士填写和签字。

医学验证：必须由有执业医师或其他执业医疗专业人士填写。

Spec-Tran 辅助公交服务由首都地区交通运输管理局 (CATA) 运营，为因残疾而无法乘坐固定路线公交的人士提供邻近路缘的公共交通服务。要求您审核并签署此表格的申请人正在申请符合此项服务的资格。Spec-Tran 辅助公交服务仅适用于那些无法在固定路线巴士系统上完成的行程。

本申请表旨在确定 **申请人何时以及在何种情况下可以使用 CATA 固定路线公交，以及何时需要 Spec-Tran 辅助公交服务。**

请仔细阅读申请人提供的信息并回答以下问题。

a) 请描述在功能上妨碍申请人使用标准 CATA 公交服务的身体和/或认知状况（请注意，CATA 公交配有轮椅坡道）。

b) 据您所知，申请人提供的信息是否真实正确？

是 否 - 请注意以下任何例外情况：

姓名和职衔（请用印刷体书写）：_____

—

签名：_____ 日期 _____ / _____ / _____

公司名称：_____

街道地址：_____

城市/州：_____ 邮政编码：_____

电话号码：() - _____ 传真号码：() - _____