



Spec-Tran ADA 장애인용 대중교통 서비스 신청서

Spec-Tran은 신체 또는 정신 장애로 인해 일부 또는 전체 여정에 정규 노선 버스 시스템을 이용할 수 없는 사람들을 위하여 출발지에서 도착지까지의 대중교통 서비스를 제공합니다. 미국 수도권 교통당국(Capital Area Transportation Authority, CATA)이 운영하는 본 서비스는 장애인이 정규 노선 버스를 이용할 수 없는 여정에 대해서만 서비스를 제공합니다. 본 신청서를 작성하시면 신청자가 언제 그리고 어떤 상황에서 정규 노선 버스 서비스를 이용하고 언제 Spec-Tran 장애인용 교통 서비스가 필요한지를 판정하는 데 도움이 됩니다.

양식 작성 방법:

신청자(또는 신청자 보조인)는 의료 확인서 부분을 제외한 전체 패킷을 작성하셔야 합니다. 의료 확인서 페이지는 반드시 의사 면허가 있는 전문의 또는 기타 의료 전문가가 작성하고 서명해야 합니다.

모든 질문에 응답하셔야 합니다. 작성이 완료되지 않은 신청서는 반환됩니다.

양식을 작성하는 데 도움이 필요하거나 ADA 서비스와 이용 자격에 관해 질문이 있는 경우, 언제든지 수도권 장애인 네트워크(DNCAP)로 문의하시기 바랍니다.

전화: (517) 999-2760

무료 전화: 1 (877) 652-0403

TDD/TYY 중계 서비스: 1-800-649-3777

작성 완료 시, 다음 기관으로 양식을 접수하시기 바랍니다:

수도권 장애인 네트워크(Disability Network Capital Area)

901 E. Mt Hope Ave

Lansing, MI. 48910

팩스: (517) 999-2767

안녕하세요 신청자님,

Spec-Tran에 적용되는 ADA 장애인용 대중교통 이용 자격 기준은 두 가지입니다:

1. 장애로 인해 다른 사람의 도움 여부와 관계없이 정규 노선 버스 시스템을 이용해 이동(즉, 버스 승차, 탑승 또는 하차)하는 것이 불가능한 경우입니다. 모든 CATA 정규 노선 버스는 ADA 장애인 접근성 기준을 충족하며 램프를 장착하고 있음을 참고하시기 바랍니다.
2. 장애로 인해 정규 노선 버스 정류장 위치로 이동하는 것이 불가능한 경우입니다.

상기 내용을 검토한 후, 이러한 기준에 따라 Spec-Tran 서비스를 이용할 자격이 있다고 생각되시면 신청서를 계속 작성하십시오. 이러한 기준 중 어느 하나라도 충족하지 못하면, 정규 노선 버스 서비스에 관한 정보에 관해 (517) 394-CATA (2282)로 전화하여 CATA에 문의하시기 바랍니다.

ADA 장애인용 대중교통 이용 자격에는 세 가지 유형이 있습니다:

1. 무조건적 - 장애로 인해 필요한 여정을 위해 CATA 정규 노선 버스 서비스를 전혀 이용할 수 없는 경우, 이 자격이 부여됩니다.
2. 조건적 - 일부는 버스를 사용할 수 있지만 날씨가 안 좋은 기상 조건 등 특정 상황에서는 Spec-Tran 서비스가 필요한 경우, 이 자격이 부여됩니다.

3. 일시적 - 1년 이하의 기간 동안 Spec-Tran 서비스가 필요한 일시적 조건을 가진 개인에게 이 자격이 부여됩니다.

귀하가 장애에 관해 제공한 정보는 비밀이 보장됩니다. 작성된 신청서를 수령한 후 21일 이내에 신청이 처리됩니다. 21일 이내에 연락을 받지 못하면, 신청이 처리되고 최종 결정이 내려질 때까지 Spec-Tran을 사용할 자격이 있습니다.

어떤 경우에는 결정을 내리기 위해 귀하로부터 더 많은 정보를 수집해야 합니다. 그럴 경우 대인 면접 일정을 예약하기 위해 저희가 연락드리겠습니다. 신청자는 자격의 승인 또는 거부 여부를, 그리고 거부인 경우 결정 사유를 서면으로 통지 받게 됩니다. 자격이 거절된 경우, 재심 절차에 관한 정보가 서면 결정서에 포함됩니다.

Spec-Tran 서비스를 위한 적격으로 판정받은 경우, Spec-Tran 승차 가이드 및 ADA 인증 카드를 이메일로 받게 됩니다.

1부

1. 이름: _____

2. 주소: _____

해당하는 경우 시설명을 입력하십시오

도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

3. 전화번호 (연락하기 가장 좋은 번호): (_____) _____

4. 이메일 주소: _____

5. 생년월일: _____ / _____ / _____

6. 성별: 남성 여성

다음 질문에 상세하게 응답해 주십시오. 구체적 응답은 귀하의 자격 여부를 판단하는 데 도움이 됩니다. 작성이 완료되지 않은 신청서는 신청자에게 반환됩니다.

7. 어떤 장애 때문에 CATA 정규 노선 서비스를 이용할 수 없습니까? 정규

노선 서비스란 일반인에게 익숙한 일반 노선으로 예약 시간에 정기적으로 운행하는 대형버스 서비스입니다.

a) 이런 장애가 일시적입니까? 네 아니요

b) '네'라고 응답한 경우, 장애가 좋아질 것으로 예상되는 날짜를 적어 주십시오.

_____ / _____ / _____

8. 모빌리티 기기를 사용하는 동안을 포함하여 귀하의 이동 상태에 관한 다음 질문에 모두 응답하십시오:

a) 도움 없이 거주지로부터 차도 또는 대로변까지 이동할 수 있습니까?

네 아니요 가끔_____

b) 다른 사람의 도움 없이 한 블록을 이동할 수 있습니까?

네 아니요 가끔_____

c) 다른 사람의 도움 없이 약 400미터(2~4개의 도시 블록)를 이동할 수 있습니까?

네 아니요 가끔_____

d) 다른 사람의 도움 없이 약 1,200미터(6~8개의 도시 블록)를 이동할 수 있습니까?

네 아니요 가끔_____

e) 다른 사람의 도움 없이 밖에서 10~20분을 기다릴 수 있습니까?

네 아니요 가끔_____

f) 버스 정류장까지 혼자 갈 수 있습니까?

네 아니요 – 해당하는 모든 사항에 표시:

헛갈려서 정류장을 찾을 수가 없습니다.

다른 사람의 도움 없이는 버스 정류장까지 갈 수 없습니다.

길을 건널 수 없습니다.

비/눈이 많이 올 때는 버스 정류장까지 갈 수 없습니다.

기타: _____

9. 귀하의 능력에 관한 다음 질문에 모두 응답하십시오:

a) 필요하여 요청할 경우, 귀하의 주소, 목적지, 전화번호를 제공할 수 있습니까?

네 아니요 가끔_____

b) 목적지 또는 랜드마크를 알아볼 수 있습니까?

네 아니요 가끔_____

c) 방향을 묻고, 이해하고, 따라갈 수 있습니까?

네 아니요 가끔_____

d) 의사소통 보조기구를 사용하십니까?

네 아니요 “네”라고 답한 경우 자세히 기재하십시오.

**10. 귀하의 장애/건강 상태가 얼마나 정규 노선 버스 이용을 힘들게 합니까?
최대한 구체적으로 응답하십시오(필요할 경우 추가 정보를 첨부하십시오).**

11. 현재 어떻게 자주 방문하는 목적지까지 이동하십니까? (해당하는 모든 사항에 표시):

자가운전 타인 운전 차량 이용 CATA 정규 노선 버스 택시
 기타(구체적으로 설명하십시오)_____

12. CATA 정규 노선 버스를 사용해 본 적이 있습니까?

네 아니요 – 사용하지 않은 이유를 설명해

주십시오._____

**13. 현재 교통이 필요할 때 CATA 정규 노선 버스를 사용할 수
있습니까?**

네 아니요 모릅니다 – 구체적으로 설명하십시오:

14. 적절한 교육이나 연습을 받는다면, CATA 정규 노선버스 서비스를 이용할 수 있습니까?

- 네 아니요 가끔 - 자세히

설명하십시오. _____

2부

1. 이동하실 때 다른 사람의 도움이 필요합니까?

- 항상 가끔 필요 없음

2. 이동 시 필요한 도움의 유형은 무엇입니까(해당 사항 모두 표시)?

- 버스에서 목적지까지 이동 의사소통
 약물/기기 보조 모빌리티 기기를 사용하지 않기
 기타: _____

조력자가 필요하면 개인 조력자(PCA)라 불리는 분이 무료로 장애인용 대중교통에 동반 탑승해 드릴 수 있습니다. PCA는 반드시 Spec-Tran 고객과 동일한 위치에서 버스에 승하차해야 합니다.

3. 모빌리티 기기를 사용하시는 경우, 다음 중 어떤 것을 사용하십니까(해당 사항 모두 표시)?

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 수동 휠체어 | <input type="checkbox"/> 보행기 | <input type="checkbox"/> 지팡이 |
| <input type="checkbox"/> 전동 휠체어 | <input type="checkbox"/> 서비스 동물 | <input type="checkbox"/> 목발 |
| <input type="checkbox"/> 전동 스쿠터 | <input type="checkbox"/> 산소 호흡기 | |

4. 초대형 휠체어나 전동 스쿠터를 사용한다면 다음 정보를 제공해 주십시오:

제조사/ 모델 _____ 기기 크기: 길이 _____ 너비 _____

스쿠터나 휠체어와 귀하의 체중을 합친 총 무게가 363킬로그램(800파운드) 이상입니까?

네

아니요

참고: Spec-Tran은 안전에 문제가 없는 한 귀하의 모빌리티 기기를 최대한 수용하도록 모든 노력을 할 것입니다.

응급 상황에서 연락할 수 있는 두 명의 이름을 적어 주십시오:

이름: _____ 전화: _____

관계: _____

이름: _____ 전화: _____

관계: _____

정보나 자료를 발송해 드릴 때 다음과 같은 방식을 사용해야 합니까(해당 사항 모두 표시)?

대형 인쇄물 오디오 테이프 기타: _____

확인 진술서 및 의료 정보 확인서로 계속 진행하십시오.

확인 진술서 및 의료 정보 확인서(신청자)

본인이 CATA의 정규 노선 버스 시스템 사용을 사용할 수 없고 Spec-Tran 장애인용 대중교통 서비스를 사용해야 하는 경우가 있는지를 판정하는 것이 본 평가 양식의 목적임을 이해합니다. 본인은 이 신청서에 포함된 본인의 장애 관련 정보의 기밀이 유지되며, 적격 여부를 평가하는 데 관련된 전문가에게만 공유될 것임을 이해합니다. 본인이 아는 한, 본 평가 양식의 정보는 사실이며 정확함을 확인합니다. 본인은 허위 또는 오해의 소지가 있는 정보 제공이 자격 상태 재심사로 이어질 수 있음을 이해합니다.

본인은 의료 확인서 페이지에 거명된 전문가가 CATA 및/또는 수도권 장애인 네트워크(DNCAP)에 필요한 정보를 제공하도록 권한을 위임합니다. 본인은 이 페이지와 이어지는 페이지에 나오는 정보가 정확함을 확인합니다.

이 신청서가 확인서 요청 본인이 아닌 다른 사람에 의해 작성된 경우, 대리인은 다음을 작성해야 합니다:

이름 _____
주소 _____
도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____
주간 전화번호 _____

신청자 서명 또는 위임받은 대리인(필수)

_____ 날짜 _____

본 신청 양식을 작성하여 우편 또는 팩스로 송부해 주십시오:

수도권 장애인 네트워크(Disability Network Capital Area)
901 E. Mt Hope Ave
Lansing, MI. 48910
517-999-2767 (팩스)

신청자 또는 신청자의 대리인이 작성하는 양식은 여기서 종료됩니다. 마지막 부분(다음 페이지)은 반드시 의사 면허가 있는 전문의나 기타 의료 전문가가 작성 및 서명해야 합니다.

의료 확인서: 반드시 의사 면허가 있는 전문의나 기타 의료 전문가가 작성해야 합니다.

미국 수도권 교통당국(CATA)에 의해 운영되는 Spec-Tran 장애인용 대중교통 서비스는 정규 노선 버스를 장애로 인해 사용할 수 없는 사람들을 위해 목적지에서 도착지까지 대중교통 서비스를 제공합니다. 귀하께 본 양식의 검토 및 서명을 요청한 신청자는 본 서비스 이용 자격 여부를 판정받기 위해 신청 과정 중에 있습니다. Spec-Tran 장애인용 대중교통 서비스는 여정에 정규 노선 버스 시스템을 이용할 수 없는 사람들만을 위한 서비스입니다.

본 신청서는 **신청자가 언제 그리고 어떤 상황에서 CATA 정규 노선 버스 서비스를 이용할 수 있고, 언제 Spec-Tran 장애인용 교통 서비스가 필요한지를 판정하는 데 사용됩니다.**

신청자가 제공한 정보를 주의 깊게 검토하시고 다음 질문에 답해 주시기 바랍니다.

a) 신청자가 표준 CATA 버스 서비스를 기능적으로 사용할 수 없도록 하는 신체적 및 또는 인지적 조건을 기술하십시오(CATA 버스는 휠체어 램프가 장착되어 있음을 참조해 주십시오).

b) 귀하가 아는 한, 신청자가 제공한 정보는 사실이며 정확합니까?

네 아니요 - 예외 사항을 아래 기재하십시오:

이름 및 직함(정자체로

기입하십시오): _____

서명: _____ 날짜 _____ / _____ / _____

상호명: _____

상세 주소: _____

도시/주: _____ 우편 번호: _____

전화번호: (____) _____ - _____ 팩스 번호: (____) _____ - _____