

6. 申请人的状况是否是临时的? 是 否

●如果是, 预计将持续_____个月。

7. 根据您的专业意见, 申请人是否可以:

- 在无人陪护的情况下, 通过 2 个街区 (1/4 英里) 是 否 有时
- 在无人陪护的情况下, 通过 6 个街区 (3/4 英里) 是 否 有时
- 在冰雪天气到达/离开公交线路 是 否 有时
- 通过适度的坡道 是 否 有时
- 安全穿过街道和十字路口 是 否 有时
- 在没有座位的情况下, 在车上站 15 分钟 是 否 有时
- 询问、理解并遵守指示 是 否 有时
- 认出目的地或地标 是 否 有时
- 处理意外情况或路线改变 是 否 有时

8. 申请人出行所需的身体机能是否会因为医疗、药物、环境情况 (炎热、潮湿、寒冷、冰雪) 或其他相关因素而发生变化?

否

是 (说明): _____

9. 申请人是否可以在无人陪护的情况下, 安全地呆在上车或下车位置?

是 否 不确定

10. 是否还有与申请人身体机能相关的其他信息, 这对我们了解其是否有能力上车或下车, 以及使用常规固定路线公共汽车服务非常重要?

专业人员的姓名和职位: _____

许可证号、注册号或证书号: _____

签字: _____

公司或机构名称: _____

地址: _____

电话号码: _____ 传真号: _____

2016 年 7 月 21 日

7



梅里马克山谷地区交通运输管理局

感谢您关注梅里马克山谷地区交通运输管理局 (MVRTA) 的名为 EZ Tranz 的辅助客运服务。EZ Trans 起初是为那些无法使用 MVRTA 固定路线公交系统的乘客提供的目的地服务。它被设计用于补充 MVRTA 固定路线公交系统, 满足以下社区的 ADA 合格个人的需要: 安多弗、埃姆斯伯里、黑弗里尔、劳伦斯、梅里马克、梅休因、纽伯里波特、北安多弗和索尔兹伯里。EZ Trans 还向年龄在 60 岁以上并且是上述社区居民的个人提供非 ADA 服务。

两类 EZ Trans 资格, 定义如下:

ADA 资格——参与者必须被美国残疾人法案 (ADA) 规定的标准认定患有残疾, 以及其伤残妨碍其使用 MVRTA 固定路线公交系统的个人。

非 ADA 资格——参与者必须至少 60 岁, 并且是上述一个社区的居民。

EZ Trans 是“共享乘车”服务, 目的是为了在每一次行程中安全、高效地运载尽可能多的乘客。服务车辆包括带有升降设备的面包车、小型公共汽车以及没有升降设备的轿车。对于使用无法固定的三轮装置 (老年助力车) 或任何其他交通装置的乘客, 为其安全考虑, 我们建议 (而非强制) 其从装置上下来坐到车座上。如果需要, 司机会帮助乘客上下车, 但是不允许帮助乘客上下台阶、越过入口通道, 或远离车辆。

本文件随附一张资格申请表, 填写完成后, 请寄到以下地址:

梅里马克山谷地区交通运输管理局
85 Railroad Avenue
Haverhill, MA 01835

MVRTA 收到申请表后, 会在 21 日内处理您的申请。**未填写完的申请表将发送给您重新填写, 这将会推迟对您的申请的处理。**如果 MVRTA 确定, 您无资格享受所有 ADA 资格服务, 您有权进行申诉。我们随每一份不合格或条件性合格通知函, 寄去一份申诉程序。如果在提交了已填写申请表之后的 21 日内 MVRTA 尚未确定是否合格, 那么在 MVRTA 确定申请人不合格之前, 申请人将视为合格, 并且向其提供服务。

如果您需要帮助填写本申请表, 或者如果您对于 ADA 资格有任何疑问, 请立即拨打电话 (978) 469-6878, 出现提示音时选择 3。如果需要, 本申请表还有大字印刷版和其他可用的格式。

再一次感谢您关注 MVRTA EZ Trans 辅助客运服务!

2016 年 7 月 21 日

MVRTA
85 Railroad Ave
Haverhill, MA
01835

978-469-6878
(选择 3)

877-308-7267
(免费)

www.mvrta.com

EZ Trans 和 ADA 辅助客运 系统资格申请 表

仅 MVRTA 使用:
ID# _____
日期 _____
 新申请人
 升级申请
 3 年换发新证
 客户申请换发新证

——请打印——

A 部分 (所有申请人必须填写此部分)

名 _____ 中间名缩写 _____

姓 _____

街道地址 _____ 公寓号 _____

邮寄地址 (如果不同) _____

城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

家庭电话 _____ 工作电话 _____

出生日期 (年/月/日) ____/____/____ 性别: 男/女

请向我们提交一个人的姓名和电话, 在出现紧急情况时

我们可以与其取得联系:

姓名 _____

与您的关系 _____ 电话号码 _____

*请将任何其他重要的紧急情况联系方式或信息, 写在一张单独的纸上。

您是否存在有时会妨碍您使用 MVRTA 固定路线公共汽车的残疾或健康状况?

- 不存在, 我只是根据我的年龄 (60 或以上) 申请 EZ Trans。** 随附上一份您的年龄的证明文 (政府 ID)。到此为止。您无需填写以下的 B 部分和 C 部分。将本表格寄回 MVRTA (地址如上所述), 获得使用 EZ Trans 非 ADA 服务的资格。
- 存在, 我申请 “ADA 辅助客运系统资格”。** 填写以下 B 部分和 C 部分。

3. 您上次治疗或见到申请人是在什么时候? _____
4. 通常, 您每隔多长时间见到申请人? _____
5. 请选择所有可能影响申请人乘坐常规固定路线公共汽车能力的残疾或健康状况:
- 神经肌肉类:
 大脑性瘫痪
 肌肉萎缩
 帕金森病
 关节炎
 中风/脑创伤
 四肢瘫痪
 多发性硬化
 截瘫
 其他: _____
- 骨科类/全科医疗类:
 关节置换 (具体说明) _____
 肢缺损 (具体说明) _____
 骨折 (具体说明) _____
 爱滋病
 糖尿病 (重度)
 狼疮
 癌症
 癫痫 (重度)
 肾病/透析
 其他: _____

- 心血管类:
 动脉硬化
 囊性纤维化
 肺气肿
 充血性心力衰竭
 慢性阻塞性肺疾病
 周围性血管疾病
 血栓症 (慢性)
 哮喘
 心脏病发作
 其他: _____

- 认知类/心理类:
 阿尔茨海默病
 痴呆
 智力障碍
 恐惧症
 孤独症
 头部创伤
 恐慌症
 精神分裂症
 其他: _____

听力 选择所有适用项目	一只耳	双耳
<input type="checkbox"/> 听力部分残疾		
<input type="checkbox"/> 听力完全残疾		
视力 选择所有适用项目	一只眼	双眼
<input type="checkbox"/> 白内障		
<input type="checkbox"/> 皮质盲		
<input type="checkbox"/> 青光眼 (各类)		
<input type="checkbox"/> 黄斑变性		
<input type="checkbox"/> 视网膜脱离		
<input type="checkbox"/> 视网膜病变		
<input type="checkbox"/> 法定盲		
<input type="checkbox"/> 全盲		
<input type="checkbox"/> 其他:		

C 部分

能够对您的残疾情况、健康状况进行证明，并且了解您身体机能的执业或注册健康护理专业人员，必须填写此部分。如果您申请“ADA 辅助客运资格”，需填写此部分。应该填写此部分的健康护理专业人员包括：

- | | | |
|-----------------|-------|----------|
| 内科医生（医学博士或医学硕士） | 眼科医生 | 定向与行动指导员 |
| 物理治疗师 | 精神科医生 | 独立生活专家 |
| 职业治疗师 | 心理医生 | 临床社会工作者 |
| 康复咨询员/专家 | | 注册护士 |

尊敬的执业或注册健康护理专业人员：

我们需要您提供申请人的残疾情况或健康状况，以及身体机能相关的信息，用以支持其“ADA 辅助客运服务”的申请。根据 1990 年美国残疾人法案规定，MVRTA 向那些因残疾或健康状况而无法使用 MVRTA 的常规固定路线公交系统的残疾人提供服务（“ADA 辅助客运服务”）。**联邦法律规定了应该被考虑具备享受本服务资格的人群。联邦法律还要求 MVRTA，要对符合联邦资格标准的个人进行严格的资格确定。为了确保可以向真正需要本服务的人员充分提供服务，严格遵守联邦的资格标准是非常重要的。**个人被视为具有享受 ADA 辅助客运服务的资格，是由于其残疾或健康状况：

他们无法乘坐或上下 MVRTA 的常规固定路线公共汽车；或

他们存在具体的身体功能障碍，妨碍其上下固定路线公共汽车。

请注意，如果个人的残疾情况或健康状态只是不方便或有困难使用常规固定路线公共汽车服务，则无资格享受本服务。此外，我想提醒您，所有的 MVRTA 固定路线公共汽车都是便于残疾人搭乘的，并且每辆公共汽车均配备了轮椅升降机、报站系统以及“可以跪下的”第一级台阶。

申请表必须完全填写。**如果申请表未完全填写，会重新寄回给您填写，这将会推迟作出最终决定的过程。**

在之前的页面上，申请人应该签字“授权所提交的信息”。请注意，根据联邦残疾人法，MVRTA 会在最大范围内对申请人的残疾情况或健康状况相关的全部信息进行严格保密。

感谢您配合提交用来确定享受本重要服务资格的重要信息。如果您对服务或本申请表存在任何疑问，请随时拨打我们的特殊服务办公室的电话（978-469-6878，选择数字 3）。

1. 申请人姓名：_____

2. 您所了解的申请人的身体机能：_____

B 部分

如果您存在有时或始终妨碍您使用 MVRTA 的固定路线公共汽车服务的残疾情况或健康状况，仅需填写此部分。填写此部分的人员将被考虑给予“ADA 辅助客运资格”。**与您的残疾情况或健康状况相关的信息将会在法律限制的范围内严格保密**，并且如果您对自己的资格决定进行申诉，那么该信息将只提供给 ADA 申诉官。

1. 以下句子中哪一个可以更确切地对您使用 MVRTA 的常规固定路线公共汽车服务的能力进行描述？

- 我可以在某些行程中使用常规固定路线公共汽车，但是我的残疾情况或健康状况有时会妨碍我使用公共汽车。
- 由于我的残疾情况或健康状况，我从未使用过 MVRTA 的常规固定路线公共汽车。
- 我可以使用 MVRTA 的常规固定路线公共汽车，但是我更愿意使用面包车服务。
- 我不确定自己是否可以使用 MVRTA 的常规固定路线公共汽车。

2. 您的残疾情况或健康状况会在多大程度上妨碍您使用 MVRTA 的固定路线服务？请详细说明。如有必要，可以使用以下附页。

3. 您是否使用以下助行器或设备？（选择所有适用项目）

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 手动轮椅 | <input type="checkbox"/> 电动轮椅 | <input type="checkbox"/> 电动老年小轮摩托 |
| <input type="checkbox"/> 手杖 | <input type="checkbox"/> 助步车 | <input type="checkbox"/> 拐杖 |
| <input type="checkbox"/> 假肢器官/支架 | <input type="checkbox"/> 呼吸器/氧气 | |

服务型动物（描述）：_____

其他（描述）：_____

不，我不使用任何助行器或设备。

4. 由于您的残疾情况，您是否需要有人（“私人助理”或“私人护理员”）陪同，在您的目的地或您出行时帮助您？

- | | | |
|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是，始终需要 | <input type="checkbox"/> 是，有时需要 |
|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

5. 在没有其他人的帮助下，您是否可以……

请求并理解书面或口头指示？

始终 有时 从不 不确定

穿过街道和十字路口？

始终 有时 从不 不确定

从路边上下人行道？

始终 有时 从不 不确定

如果车上没有空座是否可以站立 15 分钟？

始终 有时 从不 不确定

在某人指路的情况下可以找到前往公共汽车路线的道路？

始终 有时 从不 不确定

识别自己要乘坐的固定路线公共汽车并发出停车信号？

始终 有时 从不 不确定

握着扶手站在移动中的公共汽车上？

始终 有时 从不 不确定

从一辆固定路线公共汽车换乘到另一辆？

始终 有时 从不 不确定

6. 在没有其他人帮助的情况下，您在最佳状态时可以走（或者使用您的助行器经过）的最远距离是

1 个街区以内 1 个街区（1/8 英里） 2 个街区（1/4 英里）
 4 个街区（1/2 英里） 6 个街区（3/4 英里） 超过 6 个街区
 我完全无法独自出门

7. 您是由于自身的残疾情况而在某些天气条件下无法出门？

否 是（请说明）_____

8. 关于您的残疾情况和身体状况，您是否还有其他事情想要告诉我们，帮助我们更好地了解您的出行能力和限制情况？

签字

本人理解，本申请表的目的是为了确定本人是否有资格使用 ADA 辅助客运服务。本人保证，尽本人所知在本申请表中提供之信息均真实、准确。本人理解伪造信息可能导致对本从资格的审查，并且有可能失去享受 ADA 辅助客运服务的资格。

本人同意，如果本人不再需要使用 ADA 辅助客运服务，将会通知梅里马克山谷地区交通运输局。

_____ 日期 _____

（申请人或责任方签字）

如果您需要他人帮助填写本申请表，请提供以下信息：

印刷体姓名 _____

与申请人的关系 _____

地址 _____

机构 _____ 电话 _____

信息发布授权

本人授权填写本申请表 C 部分的专业人员，发布关于本人之残疾情况或健康状况的信息，及其对本人乘坐 MVRTA 固定路线公共汽车能力的影响。本人理解，本人可以随时取消授权。除提前取消外，自以下日期起 60 日，本表格允许专业人员填写 C 部分后发布所描述的信息。本人理解，所有提供的、与本人残疾情况或健康状况相关的医疗信息均会在法律限制范围内予以严格保密。

_____ 日期 _____

（申请人或责任方签字）

*** 见 C 部分 ***

MVRTA ADA Application_Chinese

Rev. 12/2016