

辅助客运服务申请表 — A 部分**格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 《美国残疾人法案》 (ADA) 辅助客运服务****A 部分：辅助客运服务信息资料和申请表**

感谢您对格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 提供的 ADA 辅助客运服务计划感兴趣。在填写申请表之前，请先仔细阅读《格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 辅助客运服务乘客指南》和此申请表。如果您对此申请表有任何疑问，请致电 770.822.5010，然后“按 3”，或拨打 TDD 号码 711 联系辅助客运服务部门。

《乘客指南》和本资料详细说明了《美国残疾人法案》(ADA) 的交通运输要求，并将帮助您评估您是否有资格享受辅助客运服务。

- 第 1 步：** 请仔细阅读《格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 辅助客运服务乘客指南》和下方的“ADA 是什么？辅助客运服务是什么？”部分。
- 第 2 步：** 填写 ADA 资格认定工作表。如果您在本工作表中填写的回答表明辅助客运服务适合您，则进入下方第 3 步。如果您在本工作表中填写的回答表明辅助客运服务不适合您，您可以选择专门的服务，包括格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 优惠票计划。请致电 770.822.5010 了解优惠票信息。格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 还为有兴趣了解如何乘坐格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 公交车的人士提供免费乘车培训，欢迎致电 770.822.7400。
- 第 3 步：** 完成第 1 步和第 2 步后，如果您认为辅助客运服务适合自己，并且您有兴趣申请，请填写申请表。申请表包含两个部分：
- A 部分须由申请人填写
 - B 部分须由知晓申请人的主要残疾的持证专业人员填写
- 第 4 步：** 申请表的 A 部分须邮寄给格威内特乘车 (Ride Gwinnett)。申请人有责任将申请表的 B 部分转交给您在 A 部分列出的 **持证/认证专业人员**，供其填写。一旦您列出的持证/认证专业人员填写完 B 部分并将其交还给格威内特乘车 (Ride Gwinnett)，您的申请即被视为完成。格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 将在收到填妥的申请表后二十一 (21) 个日历日内就您是否具备资格做出决定。如果资格认定流程未在二十一 (21) 个日历日内完成，则根据 ADA 的要求，在第 22 天，申请人可被推定为有资格并可使用补充辅助客运服务，直至做出决定。
- 请注意：** 持证/认证专业人员可包括以下人员：临床社会工作者、独立生活专家、职业治疗师、康复医师、物理治疗师、康复专家、听力矫治专家、眼科专家、内科医生、心理学家、注册护士或运动专家/教练。

如果您仍有疑问，请致电 770.822.5010，然后“按 3”联系辅助客运服务部门。

ADA 是什么？辅助客运服务是什么？

ADA 是什么？

1990 年《美国残疾人法案》(ADA) 是一项禁止歧视残疾人的民权法。ADA 旨在确保特定残疾人能够平等使用公共交通。根据 ADA，格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 必须提供各种服务，包括辅助客运服务。辅助客运服务是一项专门的服务，旨在为无法使用常规固定路线公交服务的合格残疾人提供共享乘车服务，将其从起点运送到目的地。

格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 必须认定个人申请人是否有资格享受辅助客运服务。辅助客运服务的资格类别如下：

“无条件资格”（或“全部行程资格”）

如果认定在所有情况下，均无法合理期望申请人能够使用固定路线服务完成任何行程，则适合给出该资格认定结果。

“有条件资格”（或“部分行程资格”）

如果在不存在妨碍行程的障碍时，可以合理期望个人能够使用固定路线服务完成部分行程，但在有些情况下无法期望该个人能够使用固定路线服务，则适合给出该资格认定结果。

“临时资格”（或“过渡资格”）

如果申请人的残疾只是暂时的，或其功能能力预计会在短期内恢复，则适合给出该资格认定结果。该等资格有效期可能短于通常授予的资格有效期。

临时资格可以是无条件的，也可以是有条件的。

“不具备资格”（或“有资格享受固定路线服务”）

如果在所有情况下，可以合理期望申请人能够使用固定路线服务完成任何行程，则适合给出该资格认定结果。

个人并不能因为残疾而自动具备资格来享受辅助客运服务。

格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 提供的固定路线公交对残疾人和老年人完全无障碍。

享受 ADA 补充辅助客运服务的资格以对个人能力的限制为依据，而不仅仅是有残疾。是否符合条件取决于您乘坐或使用固定路线无障碍公交服务的功能能力。这并非一种医学认定，而是一种功能能力分析。如果残疾导致出行困难，但并非无法出行，则该种情况下您无法仅因为有残疾而具备资格。

辅助客运服务是什么？

格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 辅助客运服务计划是一项公共资助的辅助客运服务，旨在为无法使用常规固定路线公交的残疾人运营专门的无障碍面包车。辅助客运服务面包车不可用时，也可以使用出租车等其他车辆。辅助客运服务是一项按需提供的备选共享乘车服务，可以将乘客从起点运送到目的地。其设计旨在“镜像”反映格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 的常规公交线路服务。从起点运送到目的地和“镜像”反映 ADA 的规定意味着提供路缘到路缘服务，同时协助上下车。如果个人无法从家门口（或目的地）移动到路缘，则可以应请求为上下车提供额外的协助。只有在行程的起点和目的地都距离运营中的格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 固定路线不超过 $\frac{3}{4}$ 英里时，格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 辅助客运服务才需要提供服务。但如果服务区域外有资格享受辅助客运服务的客户能够自行移动到服务区域内，则其仍可以使用该服务。辅助客运服务在格威内特县内运营，服务时间与固定路线公交相同。

ADA 资格认定工作表：辅助客运服务是否适合您？

您的姓名：_____

本工作表仅供您自己使用。其将帮助您了解 ADA 资格，并认定辅助客运服务是否适合您。如“**ADA 是什么？辅助客运服务是什么**”部分所述，ADA 规定，ADA 资格应当授予自身残疾妨碍使用常规无障碍固定路线交通运输服务的个人。个人的残疾状况必须足够严重，以至于无法使用固定路线交通运输服务。

请阅读本工作表左侧的 5 个问题，然后在右侧勾选您的回答。您的回答将帮助您认定辅助客运服务是否适合自己。

问题	请在下方勾选您的回答		
	是	有时	否，从不
1. 您是否能够自行往返于您住的地方与最近的公交车站之间？			
2. 您是否能够在公交车司机的帮助下上下有升降机或活动坡道的公交车？			
3. 您是否能够利用台阶上下没有升降机或活动坡道的公交车？			
4. 如果公交车司机播报主要公交车站和换乘站，您是否能够在其帮助下知道正确的下车站点站？			
5. 如果您的路线涉及换乘公交车，您是否能够自行换乘？			

回答解析：

- 如果您对全部 5 个问题都勾选“是”，您可能不具备 ADA 资格。但您可以选择专门的服务，包括格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 优惠票计划。请致电 700.822.5010，了解更多有关优惠票计划的信息。
- 格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 还为有兴趣了解如何乘坐格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 公交车的任何人提供免费乘车培训，欢迎致电 770.822.7400 预约培训时间。
- 如果您对一个或多个问题勾选了“有时”，您可能被认定为在特定情况下就特定行程具备 ADA 资格。
- 如果您对一个或多个问题回答“否，从不”，您可能具备 ADA 资格。如果要正式认定 ADA 资格，就必须完整填写申请表，包括 A 部分和 B 部分。

申请表填写说明

格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 辅助客运服务为因残疾或健康相关状况而短期或长期无法独立使用常规公交服务的个人提供专门的交通运输服务。辅助客运服务由格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 按照《美国残疾人法案》(ADA) 的要求提供。

如果要使用辅助客运服务，您必须首先被认定为具备资格。请先仔细阅读以下说明，再填写随附的申请表。您提供的所有信息都将严格保密。

此信息的其他语言版本（西班牙语、韩语、越南语）也可应请求提供。但此申请表必须用英文填写，且必须键入或清晰工整地填写。

1. 您可以自己填写此申请表，也可以请熟悉您个人和您的身体状况的任何人帮忙填写。填写此申请表时，请牢记，您提供的信息越详细，您就越能帮助格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 就您的交通运输需求做出最合适的决定。如果您有疑问，或需要帮助填写此申请表，请致电 770.822.5010，然后“按 3”，或拨打 TDD 号码 711 联系格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 辅助客运服务部门。
2. 您有责任将填妥并签字的 A 部分交还给格威内特乘车 (Ride Gwinnett)。您还必须签署此申请表的授权页，以便授权您的持证/认证专业人员发布有关您的残疾和使用无障碍固定路线巴士服务的功能能力的信息。请务必在授权页提供有关能够恰当回答您的残疾和出行功能能力相关问题的持证/认证专业人员的完整信息。

请注意：填写此申请表 A 部分的个人不得与填写 B 部分的持证/认证专业人员是同一人。

3. 将填妥的申请表 A 部分（包括所有必需的签名）邮寄至以下地址：

格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 辅助客运服务部门
关于：辅助客运服务申请表 A 部分
3525 Mall Boulevard, Suite 5-C
Duluth, GA 30096

4. 申请人有责任将申请表的 B 部分转交给您在 A 部分列出的持证/认证专业人员，供其填写。一旦您列出的持证/认证专业人员填写完 B 部分并将其交还给格威内特乘车 (Ride Gwinnett)，您的申请即被视为完成。格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 将在收到填妥的申请表后二十一 (21) 个日历日内就您是否具备资格做出决定。如果资格认定流程未在二十一 (21) 个日历日内完成，则根据 ADA 的要求，在第 22 天，申请人可被推定为有资格并可使用补充辅助客运服务，直至做出决定。
5. 您将收到一份通知，告知您是否具备资格。请注意，您无法凭借持证医疗保健专业人员出具的证明自动具备资格来享受辅助客运服务。您的资格认定结果包括：

- a. 全部行程资格：就您在格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 辅助客运服务区域内（距离固定路线不超过 3/4 英里）的所有出行需求具备资格。
 - b. 有条件资格：根据您的残疾性质，就某些行程具备资格来享受格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 辅助客运服务。
 - c. 不具备资格：不具备资格享受辅助客运服务
6. 如果您被认定为不具备资格来享受格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 辅助客运服务，且您不认可该认定结果，您可以对该认定结果提出申诉。有关申诉流程的信息将随您的资格认定结果通知一同寄送给您。

申请表 A 部分信息 (请工整填写)

个人联系方式

姓氏_____名字_____中间名_____

出生日期____/____/____

☐ 男

☐ 女

街道地址_____

公寓号: _____ 楼栋号: _____ 门牌号: _____

市_____州_____邮编 _____

家庭电话: _____ 手机号码: _____

工作电话: _____

电子邮箱地址: _____

邮寄地址 (如果不同于住址):

街道地址_____

公寓号: _____ 楼栋号: _____ 门牌号: _____

市_____州_____邮编 _____

主要语言: ☐ 英语 ☐ 西班牙语 ☐ 韩语 ☐ 越南语 ☐ 中文

☐ 其他 (请注明): _____

紧急联系方式

紧急联系人姓名: _____

关系: _____

家庭电话: _____ 手机号码: _____

工作电话: _____

是否有人帮助您填写此申请表? 是 ☐ 否 ☐

如果需要更多信息, 我们能否联系此人? 是 ☐ 否 ☐

如果是, 此人姓名: _____ 关系: _____

电话号码: _____

.....

此申请表中的所有问题都涉及您使用固定路线、无障碍公交的功能能力。

离您住的地方最近的公交车站是哪一个？（如果您不确定，请致电 770.822.5010，然后“按 3”）。

小区或公寓楼名称: _____

最近的主要交叉路口: _____

离您住的地方最近的十字路口: _____

请填写要求提供的信息:

请列出您的残疾或身体状况的医学名称	该身体状况是永久性的吗？	该身体状况持续时长	该身体状况的治疗药物
	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		

1. 这些身体状况对您乘坐常规（大型）、固定路线、无障碍公交的能力有哪些影响？请具体说明。
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

2. 您是否有**认知障碍**? (您是否曾被诊断出创伤性/非创伤性脑损伤、智力残疾、临界智力、唐氏综合症、自闭症等?)

是 ☐ 否 ☐

请详细说明:

3. 您是否有过以下任何经历? 请勾选所有适用项, 并详细说明:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 惊恐发作 | <input type="checkbox"/> 困惑 |
| <input type="checkbox"/> 幻觉 | <input type="checkbox"/> 容易激动或愤怒 |
| <input type="checkbox"/> 妄想 | <input type="checkbox"/> 偏执 |
| <input type="checkbox"/> 短期记忆障碍 | <input type="checkbox"/> 无法辨认图片 |
| <input type="checkbox"/> 长期记忆障碍 | <input type="checkbox"/> 无法阅读或写字 |
| <input type="checkbox"/> 容易走神 | <input type="checkbox"/> 难以理解书面或口头指示 |
| <input type="checkbox"/> 容易被他人利用 | <input type="checkbox"/> 焦虑 |
| <input type="checkbox"/> 视力障碍 | <input type="checkbox"/> 幻听 |
| <input type="checkbox"/> 行为不当 | |

请详细说明:

4. 您是否经历过**癫痫发作**? 是 ☐ 否 ☐ 如果是, 请勾选所有适用项, 并详细说明:

☐ 癫痫大发作 ☐ 癫痫小发作 ☐ 颞叶癫痫 ☐ 癫痫

请详细说明:

5. 癫痫发作时，我： 请勾选所有适用项：

_____ 很难被唤醒

_____ 需要立即接受医疗护理

_____ 会暂时性昏厥

_____ 会望着空气发呆

_____ 会睡着

请详细说明：

6. 发作频率有多高？ _____

7. 您目前是否正在服用药物来控制发作？ 是 ☐ 否 ☐

8. 您是否有**视力障碍**（包括失明）？ 是 ☐ 否 ☐

请勾选所有适用项，并详细说明：

_____ 我戴隐形眼镜或框架眼镜。

_____ 如果有语音播报，我能够知晓我的下车站。

_____ 我在法律上被定义为失明，无法辨认出正确的下车站、无法下车以及导航到目的地。 我没有使用导盲犬或其他服务性动物，也没有使用任何辅助设备。

_____ 我使用导盲犬或其他服务性动物，但有些目的地我无法自行安全前往，需要辅助客运服务。

_____ 我能够轻松听出帮助我确定车流模式的环境声音。

_____ 我很难听出帮助我确定车流模式的环境声音。

_____ 我并非总是能够在交通信号灯变化之前离开车行道。

_____ 我需要一位视力良好的向导来协助我完成以下任务：

9. 您是否有**精神/心理障碍**? 是 ☐ 否 ☐

如果是, 请列出该障碍, 并详细说明其对您产生的影响。

10. 是否有其他身体残疾或精神障碍影响您乘坐常规 (大型)、固定路线、无障碍公交的**功能能力**?

(示例: 很难移动到公交车旁边、在车站等候正确的公交车、上车、知道什么时候到自己的下车站, 以及告诉司机您需要下车。) 是 ☐ 否 ☐

如果是, 请详细说明。

11. 您能否在**没有**座位和/或遮蔽物的格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 公交车站等 30 分钟?

是 ☐ 否 ☐

如果否, 请详细说明。

12. 您能否在**有**座位和遮蔽物的格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 公交车站等 30 分钟?

是 ☐ 否 ☐

如果否, 请详细说明。

13. 您能否在无人协助的情况下在格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 公交车站等 30 分钟？ 是 ☐ 否 ☐

如果否，请详细说明。

14. 您能在无人协助的情况下走多远？

一个足球场的长度（300 英尺）？ 是 ☐ 否 ☐

1/4 英里的跑道一圈？ 是 ☐ 否 ☐

1/4 英里的跑道两圈？ 是 ☐ 否 ☐

1/4 英里的跑道三圈？ 是 ☐ 否 ☐

您能否在无人协助的情况下走上 12-14 英寸的台阶？ 是 ☐ 否 ☐

您能否在无人协助的情况下抓住扶手支撑自己？ 是 ☐ 否 ☐

15. 您是否需要使用公交车升降机并抓住扶手才能上下车？

是 ☐ 否 ☐

16. 您出行是否使用移动辅助设备？ 是 ☐ 否 ☐ 请勾选所有适用项：

_____ 盲杖

_____ 拐杖

_____ 矫形手杖（三脚或四脚底座）

_____ 手动轮椅

_____ 标准手杖

_____ 电动轮椅

_____ 助行架

_____ 踏板车

_____ 矫形器

_____ 赛格威（平衡车）

_____ OPDMD（其他动力驱动移动设备）

17. 无人使用时，您的轮椅/踏板车的高度/宽度是多少？

高度_____宽度_____

18. 您使用轮椅/踏板车时，总重量是多少？ _____

19. 您是否需要使用服务性动物？ 是 ☐ 否 ☐

如果是，需要使用哪种类型的动物？

20. 该动物可以为您提供哪些帮助？

21. 您是否随身穿戴便携式医疗设备出行？ 是 ☐ 否 ☐

如果是，哪种类型的便携式医疗设备？

22. 您是否需要一名个人护理助理 (PCA) 陪同您出行，以便为您提供帮助？
是 ☐ 否 ☐

23. 如果您不需要个人护理助理陪同您乘坐公交，那您是否需要护理人员在您下车时迎接？ 是 ☐ 否 ☐

24. 如果公交车到达您的目的地，但没有护理人员协助您下车，我们必须联系谁？

姓名： _____

电话： _____

请注意： 如果无人接听，或电话线路中断，我们将呼叫 **DFCS/911** 来监护乘客。

25. 您的护理人员是否在某些情况下不需要迎接公交车到站？ 是 ☐ 否 ☐

如果是，请详细说明：

26. 您是否需要帮助才能知晓下车站？ 是 ☐ 否 ☐

如果是，请详细说明：

27. 您是否使用沟通设备与其他人（如司机）沟通？

是 ☐ 否 ☐

请勾选所有适用选项。

_____ 字母板

_____ 路线 ID 卡

_____ 图片板

_____ 其他增强沟通形式

请详细说明：

28. 您是否需要《乘客指南》、固定路线时间表或任何书面通信的替代格式？ 是 ☐ 否 ☐

请勾选您想接收的格式。

请仅勾选一种格式：

_____ 音频

_____ 电子邮件

_____ 盲文

_____ 大字印刷

29. 您目前的出行方式是什么？ 请勾选所有适用选项。

_____ 轮椅/踏板车

_____ 走路

_____ 自驾

- _____ 搭乘他人的车辆
- _____ 使用其他面包车服务
- _____ 使用打车应用优步/来福（类似服务）
- _____ 使用常规（大型）、固定路线、无障碍公交服务
- _____ 独自使用轮椅
- _____ 使用服务性动物来协助使用轮椅
- _____ 护理人员或移动助手协助使用轮椅
- _____ 我目前没有使用任何出行方式

30. 您是否曾经乘坐过常规（大型）、固定路线、无障碍公交？ 是 ☐ 否 ☐

如果是，您上一次乘坐常规（大型）、固定路线、无障碍公交是什么时候？

31. 您为什么不再乘坐常规（大型）、固定路线、无障碍公交了？

32. 如果您接受了移动培训，您是否能够乘坐常规（大型）、固定路线、无障碍公交？ 是 ☐ 否 ☐

33. 您是否曾经接受过格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 公交车乘车培训？ 是 ☐ 否 ☐

如果是，请详细说明：

34. 谁为您提供了格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 公交车乘车培训？

35. 您是否曾经接受过任何其他公交车乘车培训？ 是 ☐ 否 ☐

36. 如果辅助客运服务车辆可以将您运送到常规（大型）、固定路线、无障碍公交车站，您觉得您是
否能够乘坐常规（大型）、固定路线、无障碍公交？

是 ☐ 否 ☐

如果否，请详细说明您的残疾对该能力有何限制。

37. 如果您的行程需要乘坐常规（大型）、固定路线、无障碍公交，然后在公交车站下车，而辅助客
运服务车辆可以在下车站接您，载您完成剩下的行程，您觉得您是否能够乘坐常规（大型）、固
定路线、无障碍公交？

是 ☐ 否 ☐

如果否，请详细说明理由。

38. 请勾选所有适用于您的选项：

_____ 我能够上、下和乘坐常规（大型）、固定路线、无障碍公交。

_____ 我需要帮助才能理解和确定固定路线系统。

_____ 如果没有座位，我能够在行驶中的公交车上抓紧扶手并站稳。

_____ 我的耐力不足以支撑长途出行。

_____ 我能够通过打电话获取公交车时间表信息。

_____ 在看了公交车站的位置后，我能够自行导航去该车站。

_____ 我能够听到并理解公交车上的自动位置播报系统播报的位置。

请详细说明上方勾选的选项。 _____

据本人所知，本人在此申请表中提供的信息已妥善记录下来。 本人已审查所有回答，并证明该信息完整、正确。 本人理解，故意提供任何虚假或误导性信息都可以作为拒绝服务申请的理由。

申请人、代表或监护人签名： _____

日期： _____

本《医疗信息发布同意书》须提供给：

（请提供有关医疗保健专业人员的完整信息，将由其核实您的申请表信息）

持证/认证专业人员姓名（见下方列表）：

地址：_____

市：_____ 州：_____ 邮编：_____

电话号码：(____) _____ 传真号码：(____) _____

本人，即下方签字人，特此同意按照此申请表 **B** 部分的要求，向格威内特乘车 (**Ride Gwinnett**) 辅助客运服务部门发布和披露任何相关医疗信息，且仅供其用于认定 **ADA** 辅助客运服务资格。本人理解，该信息只会分享给就我是否有资格享受辅助客运服务做出决定之人，以及需要该信息来为出行提供便利的其他交通运输服务提供方。

本人已仔细阅读本文件，并理解本人有权书面撤销此发布授权，但不溯及先前已根据此授权发布的信息。

申请人、代表或监护人签名

日期

见证人

日期

请注意：

以下是获得授权来填写 **B 部分的持证/认证专业人员列表：**

医疗机构雇佣的内科医生、注册护士、社会工作者、心理学家、物理治疗师、脊骨神经科医生、职业治疗师、言语病理学家、特殊教育教师、执业护士、医生助理、心理健康咨询师、定向/移动专家、呼吸治疗师、职业康复咨询师或娱乐治疗师。

如果此申请表/授权书由申请人以外的其他人填写，则该人必须填写以下信息：

姓名 _____

关系 _____

地址 _____

家庭电话 _____

工作电话 _____

TDD/TTY _____

我证明，据我所知，根据申请人提供给我的信息，或我自己对申请人的健康状况或残疾的了解，此申请表中提供的信息完整、正确。

签名 _____

日期 _____

FOR RIDE GWINNETT OFFICE USE ONLY:

APPROVED _____ CONDITIONAL _____ UNCONDITIONAL _____

CODE(S) _____

DENIED _____

LIST SPECIFIC REASON FOR DENIAL THAT WILL BE STATED ON THE DENIAL LETTER__

SIGNED _____

DATED _____

格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 《美国残疾人法案》 (ADA) 辅助客运服务

B 部分：持证/认证专业人员部分

如果您对此申请表有任何疑问，请致电 770.822.5010，然后“按 3”，或拨打 TDD 号码 711 联系辅助客运服务部门。

所附申请表中指定的个人正在申请格威内特乘车 (RG) ADA 补充辅助客运服务资格。以下信息可能会影响您的答复，因此请仔细阅读。为了完成资格认定，我们需要向申请人的持证/认证医疗保健专业人员询问有关其功能能力的问题。

哪些人有资格享受辅助客运服务？

ADA 补充辅助客运服务仅为因严重残疾而无法使用公共交通工具的人士提供服务。根据《美国残疾人法案》(ADA)，残疾本身并不构成享受辅助客运服务的资格。享受 ADA 补充辅助客运服务的资格以对个人能力的限制为依据，而不仅仅是有残疾。个人必须不具备使用常规格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 服务的功能能力。这并非是一种医学认定，而是一种功能能力分析。如果个人因残疾而出行困难，但并非无法出行，也不具备资格。

服务可提供给以下三大类残疾人士：

1. 有特定障碍相关的身体状况情况，导致无法使用常规交通运输服务，而不仅仅是难以前往或离开公交车站的人士。
2. 需要轮椅升降机的人士，且在该人需要出行时，其出行路线上没有可用的配备轮椅升降机的公交车。
3. 即使可以到达公交车站且公交车配备了轮椅升降机，但仍无法上下和乘坐常规格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 公交车的人士。

辅助客运服务是什么？

辅助客运服务是一项按需提供的备选共享乘车服务，可以将乘客从起点运送到目的地。其设计旨在“镜像”反映格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 的常规公交路线服务。从起点运送到目的地和“镜像”反映 ADA 的规定意味着提供路缘到路缘的服务，同时协助上下车。如果个人无法从家门口（或目的地）移动到路缘，则可以应请求为上下车提供给额外的协助。只有在行程的起点和目的地都距离运营中的格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 固定路线不超过 $\frac{1}{4}$ 英里时，格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 辅助客运服务才需要提供服务。但如果服务区域外有资格享受辅助客运服务的客户能够自行移动到服务区域内，则其仍可以使用该服务。辅助客运服务在格威内特县内运营，服务时间与固定路线公交相同。

此部分必须由以下任一当前的持证/认证专业人员填写：

医疗机构雇佣的内科医生、注册护士、社会工作者、心理学家、物理治疗师、脊骨神经科医生、职业治疗师、言语病理学家、特殊教育教师、执业护士、医生助理、心理健康咨询师、定向/移动专家、呼吸治疗师、职业康复咨询师或娱乐治疗师。

申请人姓名：_____ 出生日期：_____

申请人上一次找您评估或与您交流的日期：_____

请填写要求提供的信息：

请列出您的残疾或身体状况的医学名称	该身体状况是永久性的吗？	该身体状况持续时长	该身体状况的治疗药物
	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		

1. 请讨论这种残疾对申请人乘坐格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 常规（大型）固定路线公交车的功能能力的影响。

2. 如果这种残疾是暂时性的，申请人何时能够恢复使用常规出行方式？ 请列出确切日期。

3. 哪些情况会加重残疾？

请说明此人使用最有效的移动辅具独立执行以下功能的能力：

	难度很小 或没有难度	不适和/或不 便	剧烈疼痛且会 造成额外损伤	无法执行	不确定/不 知道
使用无障碍人行道和路缘坡独立 前往和离开最近的公交车站，行 程不超过 ¼ 英里。					
天气好的时候，在没有座位或遮 蔽物的公交车站等十 (10) 分 钟。					
知道正确的上下车公交车站。					
走上和走下三个 10 英寸的台 阶，且必要时抓住扶手。					
使用乘客升降梯或活动坡道上下 公交车。					
安全过马路。					
走上和走下人行道路缘					
有效解决问题或判断安全问题。					
寻求、理解并执行指示来完成行 程。					
天气恶劣（炎热、寒冷、结冰、 下雪）的时候，户外出行。					

影响此人在社区内独立出行的能力的其他问题：

4. 申请人是否具备以下精神能力、视力和/或听力：

- 提供地址和电话号码？

是 ☐ 否 ☐
- 辨认目的地或地标？

是 ☐ 否 ☐
- 应对例行程序的意外变化？

是 ☐ 否 ☐
- 寻求、理解并执行指示？

是 ☐ 否 ☐
- 在拥挤/复杂的设施中安全/有效穿行？

是 ☐ 否 ☐

5. 申请人能在无人协助的情况下走多远？

一个足球场的长度（300 英尺）？ 是 ☐ 否 ☐

1/4 英里的跑道一圈？ 是 ☐ 否 ☐

1/4 英里的跑道两圈？ 是 ☐ 否 ☐

1/4 英里的跑道三圈？ 是 ☐ 否 ☐

您能否在无人协助的情况下走上 12-14 英寸的台阶？ 是 ☐ 否 ☐

您能否在无人协助的情况下抓住扶手支撑自己？ 是 ☐ 否 ☐

申请人在帮助下是否能够走上 12-14 英寸的台阶？ 是 ☐ 否 ☐

申请人出行是否使用移动辅助设备？ 是 ☐ 否 ☐

请勾选所有适用项：

_____ 盲杖

_____ 矫形手杖（三脚或四脚底座）

_____ 标准手杖

_____ 助行架

_____ 矫形器

_____ 拐杖

_____ 手动轮椅

_____ 电动轮椅

_____ 踏板车

_____ 赛格威（平衡车）

_____ OPDMD（其他动力驱动移动设备）

6. 申请人使用轮椅/踏板车时，总重量是否为 800 磅或以上？ 是 ☐ 否 ☐

7. 如果是，使用中的设备总重量是多少？ _____

8. 申请人的体重是否超过 600 磅？ 是 ☐ 否 ☐

9. 申请人是否需要使用服务性动物？ 是 ☐ 否 ☐

10. 申请人的残疾/身体状况是否妨碍他们移动到常规（大型）固定路线无障碍公交车旁边或乘坐该公交车？ 是 ☐ 否 ☐ 如果是，请详细说明。

11. 天气是否会影响申请人的出现能力？ 是 ☐ 否 ☐ 如果是，请详细说明。

12. 申请人是否需要一名个人护理助理 (PCA) 陪同出行？ 是 ☐ 否 ☐

13. 申请人是否需要一名护理人员？ 是 ☐ 否 ☐

14. 格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 还应留意哪些其他身体状况？ 是 ☐ 否 ☐

如果是，请详细说明。

残疾证明

本人（持证专业人员姓名，见第2 页），_____，证明
_____（患者姓名）患有严重残疾。此人从
_____（日期）起一直是本人的患者，其诊断为

发病日期：_____

预后情况：

如果是有认知障碍或精神障碍的人士，请提供《精神障碍诊断与统计手册》第四版 (DSM-IV) 代码：

如果其诊断为有癫痫症或精神障碍，目前是否通过药物控制病情？请详细说明。是 ☐ 否 ☐

如果是视障人士，请提供视觉敏锐度声明：

签名_____ 日期_____

持证/认证专业人员信息

此证明填写人：

请工整书写认证专业人员姓名 _____

职务 _____

地址 _____

市 _____ 州 _____ 邮编 _____

工作电话号码 () _____ 传真号码 () _____

电子邮箱地址 _____

证照/认证编号 _____

您的证照由哪个组织签发？ _____

为加快处理此申请表，格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 要求您在您的办公室收到此申请表后 **3** 个工作日内完整填写 **B** 部分并通过传真发回 **770.825.8162**。

签名 _____

签名日期 _____