

辅助客运服务重新认证申请表

您的格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 辅助客运服务资格认证已经到期或今年到期。所有格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 辅助客运服务客户必须每三年或在认证到期时 (即临时残疾状态) 提交一次《重新认证申请表》。为了避免服务中断, 必须在到期日后 30 天内提交填妥的《重新认证申请表》, 包括 B 部分 (《持证/认证专业人员表》)。不完整的申请将不予处理。除非您的医疗状况发生变化, 否则无需进行面对面评估。

大字版《重新认证申请表》也可应请求提供。此申请表必须键入或清晰工整地填写。否则可能耽误受理。

《重新认证申请表》填写说明

1. 您可以自己填写此申请表, 也可以请熟悉您或您的身体状况的人帮忙填写。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。如果您有任何疑问, 或需要帮助填写此申请表, 请致电 770.246.4770, 然后“按 2”, 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. 您需要将 B 部分 (《持证/认证专业人员表》) 转交给医疗保健专业人员填写, 以证明您的残疾及其对您乘坐格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 常规公交车的能力的影响。可以证明您的申请表信息的医疗保健专业人员包括但不限于, 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/教练等。
3. 此申请表 (包括《持证/认证专业人员表》) 填写完成后, 您可以将此申请表通过传真发送至 770.825.8162, 或邮寄至:

格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 辅助客运服务部门
3525 Mall Boulevard, Suite 5-C
Duluth, GA 30096

4. 我们将对您的申请进行审核, 在收到**填写完整**的申请表、完成面谈, 以及功能评估 (如需要) 后的 21 天内确定您是否符合资格。您将收到一封信函, 告知您是否有资格继续享受服务。此次审核将以您使用常规公交服务的能力为依据。审核人员可能会请求您或您的医疗保健专业人员提供更多信息。请注意, 持证医疗保健专业人员出具的证明无法自动证明您有资格享受辅助客运服务。根据面对面评估结果, 您的资格认定结果包括:
 - 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。
 - 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。

- 不具备资格：不具备资格享受辅助客运服务
5. 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。



辅助客运服务重新认证申请表

当日日期: _____

第 1 部分：个人信息/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：_____

请列出您之前未列出的任何健康状况或身体状况变化：

请通知格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 您的任何健康状况或移行辅具变化，以便我们提供合适的车辆来满足您的需求。

您是否需要一名个人护理助理 (PCA) 提供帮助？ ☐ 是 ☐ 否

PCA 是指陪同您出行，以协助您执行日常生活功能的人员。

您是否需要使用服务性动物？ 是 ☐ 否 ☐

您是否随身穿戴便携式医疗设备出行？ 是 ☐ 否 ☐

如果是，请问是哪种类型的便携式医疗设备？

以下信息用于确保安排合适的车辆来满足您的交通运输需求。

您使用以下哪种移行辅具（如有）？（请勾选所有适用选项）。

☐ 手动轮椅 ☐ 电动轮椅 ☐ 电动踏板车 ☐ 氧气罐

☐ 手杖 ☐ 拐杖 ☐ 助行架 ☐ 腿部矫形器

☐ 盲杖 ☐ 向导/服务性动物

申请表证明

本人特此证明，据本人所知，此申请表中提供的信息正确无误。本人理解，如果此申请表未填写完整，将被退回。本人还了解，本次审核的结果将以本人乘坐格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 常规公交车的能力为依据，且可能需要本人提供更多信息（如电话或个人面谈），或额外咨询本人的医生或其他专业人员。本人同意如果本人出于任何原因不再需要服务，包括本人使用公交车服务的能力发生变化，本人将通知格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 辅助客运服务部门。本人也理解，未能遵守使用格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 辅助客运服务的政策和规程可以作为中止服务或取消参加该计划的资格的依据。

申请人签名：_____ 日期：_____

如果此申请表由申请人以外的其他人填写，则必须提供以下信息：

申请表填写人姓名：_____

与申请人的关系：_____

日间电话号码：_____

申请表证明

（须由申请人填写）

本人特此授权以下可以证实本人的残疾或健康状况的持证专业人员向本人当地的公共交通运输机构发布此信息。**此信息仅可用于认定本人是否有资格享受辅助客运服务。**本人理解，本人有权获取此授权书的副本，并且本人可以随时撤销授权。

发布本人的医疗信息的专业人员姓名：

街道地址_____

市_____ 州_____ 邮编_____



申请人签名：_____

日期：_____

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

第 2 部分 – 专业人员证明

要求您审核此申请表中的信息并签署此表的申请人目前正在申请格威内特乘车 (RG) 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。

哪些人有资格享受辅助客运服务？

辅助客运服务**仅**为因严重残疾而无法使用公共交通运输工具人士提供服务。根据《美国残疾人法案》(ADA)，个人无法仅凭残疾而具备资格来享受辅助客运服务。个人必须不具备使用常规格威内特乘车 (Ride Gwinnett) 交通运输服务的能力。服务可提供给以下三大类残疾人士：

1. 有特定障碍的人士，且该等障碍与妨碍使用常规交通运输服务的身体状况有关，而不仅仅是导致该人前往或离开公交车站十分困难。
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. 即使可以移动到公交车站，且公交车配备了轮椅升降机，但仍无法上下和乘坐常规 GCT 公交车人士。

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士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门到门共享乘车服务，在格威内特县内运营，服务时间与固定路线公交相同。

请审核此申请表中提供的医疗信息，然后酌情填写证明并签署本文件。提供的信息将帮助我们仅为最需要辅助客运服务的人士提供服务。

残疾证明

本人（持证专业人员姓名，*见上一页脚注*）， _____，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？

如果是视障人士，请提供视觉敏锐度声明：

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 ¾ 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					

是否有其他问题影响此人在社区内独立出行的能力？

签名日期：20_____年_____月_____日

（持证专业人员签名）

（职业）

（证号（如适用））

街道地址_____

市_____ 州_____ 邮编_____

电话号码：_____

传真号码：_____