



GWINNETT COUNTY TRANSIT

GCT 보조교통 자격대상 신청서

신청서 작성 전 GCT 보조교통 서비스 탑승자 가이드라인과 이 신청서를 읽어 주십시오.
이 신청서와 관련하여 문의사항이 있으시면, Paratransit Certification/Enrollment Office
770.822.5010 으로 연락하여, “3 번을 눌러” 주십시오.

신청인 귀하:

1990 년 미국 장애인법(Americans with Disabilities Act, ADA)은 장애인에 대한 차별을 금지하는 시민권법입니다. ADA 는 특정 장애를 가진 자 역시 대중교통에 동일하게 접근할 수 있도록 보장하기 위해 제정되었습니다. ADA 에 따라, 귀넷 카운티 교통국(Gwinnett County Transit, GCT)은 보조교통 서비스를 포함하여 다양한 서비스를 제공해야 합니다. 보조교통 서비스는 일반 고정노선 버스 서비스를 이용하지 못하는 자격대상 장애인을 위해 출발지에서 목적지까지 합승 서비스를 제공하는 전문 서비스입니다.

GCT 는 개별 신청인이 보조교통 서비스의 자격대상이 되는지 판단해야 합니다. 보조교통 서비스 자격대상 분류:

“무조건부 자격대상” (또는 “모든 탑승 자격대상”)

신청인이 모든 조건 하에서 어떤 탑승 목적에서든 고정노선 서비스를 이용할 수 없을 것이라 합리적으로 예상될 때 이 결과가 적절할 것입니다.

“조건부 자격대상” (또는 “일부 탑승 자격대상”)

개인이 일부 탑승 목적 (이동을 막는 장애가 없을 때)을 위해 고정노선 서비스를 이용하리라 합리적으로 예상되지만 일부 조건 하에서 고정 노선 서비스를 이용할 수 없을 것이라 예상될 때 이 결과는 적절할 것입니다.

“임시 자격대상” (또는 “일시적 자격대상”)

신청인의 장애가 일시적이거나 단기간 내에 기능적 능력에 변화가 있을 것이라 예상하는 경우 이 결과는 적절할 것입니다. 자격대상 기간은 보통 부여되는 기간 보다 짧게 정하는 것이 적절할 것입니다. 임시 자격대상은 무조건적 또는 조건적일 수 있습니다.

“자격 없음” (또는 “고정노선 자격대상”)

신청인이 모든 조건 하에서 어떤 탑승 목적에서든 고정노선 서비스를 이용할 수 있으리라 합리적으로 예상될 때 이 결정은 적절할 것입니다.

장애가 있다고 해서 자동으로 보조교통 서비스의 자격대상이 되는 것은 아닙니다. GCT의 고정노선 버스는 장애인과 노약자가 편리하게 승하차하고 이용할 수 있는 버스입니다. ADA 무료 보조교통 서비스 자격대상은 단순히 장애 존재여부만이 아니라 개인의 능력에 가해진 제약을 바탕으로 합니다. 자격대상은 고정노선 버스 서비스를 이용할 수 있는 기능적 능력으로

결정됩니다. 이는 의학적 판단이 아닙니다. 기능적 능력 분석입니다. 장애로 인해 이동하는 데 어려움이 있지만 아예 불가능하지는 않다면 자격대상이 되기에 충분하지 않습니다.

신청인의 장애가 위에서 기술한 범주 중 한가지에 속한다고 생각되면, 인증서를 신청해야 합니다. 신청 과정 중 이 파트 A에 적합한 질문은 귀하의 GCT 보조교통 서비스 이용 신청서를 확인하기 위한 첫 번째 단계를 나타냅니다. 질문에 대한 답은 신청인의 능력에 맞는 적절한 서비스를 결정하는 데 참조되므로 각 질문에 답해 주시기 바랍니다.

파트 A를 모두 작성하시고 서명을 한 후 GCT로 보내주시기 바랍니다. 이 양식 중, 귀하의 면허 취득/인증 받은 의료관리 전문가에게 귀하의 장애와 고정노선 버스 서비스 이용 능력에 관한 정보를 공개할 수 있는 권한을 주는 위임 페이지에도 서명을 해야 합니다.

위임 페이지에서는, 귀하의 장애와 기능적 이동 능력에 관한 질문에 적절히 답할 수 있는 면허 취득/인증 받은 의료관리 전문가에 관한 정보를 제공해 주십시오. 다음에 유의해 주십시오: 이 신청서의 파트 A 작성자는 면허 취득/인증 받은 의료관리 전문가로서 파트 B 작성자와 동일인일 수 없습니다.

면허 취득/인증 받은 의료관리 전문가는 귀하의 기능적 능력을 잘 알고 있는 사람으로 선정할 것을 강력히 권고합니다. 다시 말해 주치의는 다음과 같은 장애가 있는 사람에 대해서는 각 해당 분야 전문가에 비해 지식이 부족할 수 있습니다.

- 정신건강 장애인에 대한 전문가: 카운셀러 또는 심리학자, 정신과 의사
- 시각 장애인에 대한 전문가: 보행 전문가
- 발달 장애인에 대한 전문가: 사례 관리자 또는 지원 고용 전문가
- 보행 장애인에 대한 전문가: 물리 치료사 또는 작업 치료사

필요한 모든 서명을 포함하여 파트 A 신청서를 작성 완료하였으면 다음 주소로 우편 발송하십시오.

귀넷 카운티 교통국

**제목: 보조교통 신청서 파트 A
3525 Mall Boulevard, Suite 5-C
Duluth, GA 30096**

GCT는 작성 완료된 파트 A를 접수하면, 이 신청서의 파트 B를 귀하가 파트 A에서 지정한 면허 취득/인증 받은 의료관리 전문가에게 보냅니다. 귀하의 신청서는 면허 취득/인증 받은 의료관리 전문가가 파트 B를 작성하여 GCT에게 반송할 때 완료된 것으로 여겨집니다. GCT에서 일단 완료된 신청서를 접수하면 21일 이내에 귀하가 자격대상이 되는지 여부에 관해 결정합니다.

협조해 주셔서 감사합니다!

보조교통 서비스 관리자

이 신청서에 있는 모든 질문은 귀하의 고정노선 버스 이용 능력에 관한 질문입니다.

파트 A 신청인 정보(인쇄체로 써주십시오) 날짜: _____

한 항목에만 체크하십시오: 최초 신청 _____ 재인증 신청 _____

성 _____ 이름 _____ 중간이름 _____

도로주소 _____

도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

전화번호: (주간) _____ (야간) _____ (모바일 전화) _____

생년월일 _____ 남성 _____ 여성 _____

이메일 주소(선택사항): _____

비상 연락처 이름: _____

비상 연락처 전화번호: () _____

귀하의 집에서 가장 가까운 버스 정거장. (확실하지 않으면, 770.822.5010으로 연락하여, “3번을 누르십시오”).

단지 이름 또는 아파트 이름: _____

가장 가까운 주요 교차로: _____

거주지에서 가장 가까운 횡단도로: _____

요구되는 정보를 작성해 주십시오.

장애 또는 질병의 의학명 기재	그러한 건강상태는 영구적입니까?	상태 지속기간	복용 약물
	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>		
	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>		
	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>		
	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>		

1. 건강상태가 일반 (대형) 고정노선 버스 서비스를 이용하는 데 어떤 영향을 줍니까?
구체적으로 작성하십시오. _____

2. **인지 장애가 있습니까?** (외상성 /비 외상성 뇌손상, 정신 지체, 경계 지능, 다운 증후군, 자폐증 등 진단을 받은 적이 있습니까?) 예 아니요
설명하여 주십시오: _____

3. 다음을 경험한 적이 있습니까? 해당되는 모두 항목에 체크 표시하십시오:

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| _____ 공황발작 | _____ 혼란 |
| _____ 환각 | _____ 쉽게 동요되거나 분노를 일으킴 |
| _____ 망상 | _____ 편집증 경험 |
| _____ 단기 기억력 장애 | _____ 사진을 식별하지 못함 |
| _____ 장기 기억력 장애 | _____ 읽거나 쓰지 못함 |
| _____ 쉽게 길을 잃음 | _____ 서면 또는 구두 지시사항을 |
| _____ 다른 사람에게 쉽게 이용당함 | _____ 이해하기 어려움 |
| _____ 기타 | _____ 불안 |
| _____ 시력 장애 | _____ 환청 |
| _____ 부적절한 행동 | |

설명하여 주십시오: _____

4. **발작을 일으킵니까?** 예 아니요 , 예라고 답하셨으면, 해당되는 모든 항목에 체크하고
설명하십시오:

_____ 대발작 _____ 소발작 _____ 측두엽 _____ 간질성엽

설명하여 주십시오: _____

5. 발작이 일어날 때, 나는: 해당되는 모두 항목에 체크 표시하십시오.

_____ 다시 정신을 차리기 힘들다. _____ 즉시 의사를 찾아야 함.

_____ 정신을 잃는다.

_____ 잠이 든다. _____ 멍하니 허공을 바라본다.

설명하여 주십시오: _____

6. 발작이 얼마나 자주 일어납니까? _____

7. 현재 약을 복용하고 있습니까? 예 아니요

8. **시각 장애** (실명 포함)가 있습니까? 예 아니요

해당되는 모든 항목에 체크하고 자세히 설명하십시오:

_____ 콘택트 렌즈나 안경을 착용한다.

_____ 안내 방송이 있으면 내릴 정거장을 인식할 수 있다.

_____ 법적 시각 장애인이며 정거장을 구분할 수 없고, 버스에서 혼자 내릴 수 없고 목적지까지 노선이 어떻게 되는지 알 수 없다. 안내견 또는 다른 장애인 보조 동물을 이용하지 않으며, 다른 보조 기구도 사용하지 않는다.

_____ 안내견 또는 다른 장애인 보조 동물을 이용하지만 길을 따라 안전하게 갈 수 없는 목적지로 갈 때는 보조교통이 필요하다.

_____ 교통 흐름 패턴을 아는 데 도움이 되는 주변 소리를 쉽게 듣고 인지할 수 있다.

_____ 교통 흐름 패턴을 아는 데 도움이 되는 주변 소리를 쉽게 듣지 못한다.

_____ 길을 건널 때 항상 다 건너기 전에 신호등이 바뀐다.

_____ 다음과 같은 일에서 도움을 줄 시각 가이드가 필요하다.

9. **정신/심리적 장애가 있습니까?** 예 아니요 예라고 답하셨으면, 해당 장애를 기재하시고 그 장애가 귀하에게 어떤 영향을 주는지 설명해 주십시오. _____

10. 일반 (대형) 고정노선 버스 서비스 이용과 관련된 귀하의 **기능적 능력** 에 영향을 주는 다른 육체적 또는 정신적 장애가 있습니까? (예: 승차 시, 버스 정거장에서 버스를 기다릴 때, 버스

탑승, 언제 어느 정거장에서 내려야 하는 지 인지할 때, 운전기사에게 내려야 된다고 말할 때의 어려움). 예 아니요 예라고 답하셨으면, 설명해 주십시오. _____

11. 좌석 및 지붕이 **없는** GCT 버스 정거장에서 30분 동안 기다릴 수 있습니까?

예 아니요 아니요 라고 답하셨으면, 설명해 주십시오. _____

12. 좌석 및 지붕이 **있는** GCT 버스 정거장에서 30분 동안 기다릴 수 있습니까?

예 아니요 아니요 라고 답하셨으면, 설명해 주십시오. _____

13. GCT 버스 정거장에 도움 없이 30분 동안 기다릴 수 있습니까? 예 아니요 아니요 라고

답하셨으면, 설명해 주십시오. _____

14. 다른 사람의 도움 없이 혼자서 얼마나 걸으실 수 있습니까?

축구장 길이(300ft)? 예 아니요

1/4 마일 트랙 한 바퀴? 예 아니요

1/4마일 트랙 두 바퀴? 예 아니요

1/4마일 트랙 세 바퀴? 예 아니요

12-14인치 계단을 도움을 받지 않고 걸어 올라가실 수 있습니까? 예 아니요

도움을 받지 않고, 난간을 잡고 몸을 지탱할 수 있습니까? 예 아니요

15. 버스에 오르고/내릴 때 버스 리프트 위로 걸어 올라가 난간을 잡아야 합니까? 예 아니요

16. 이동 시 이동 장치를 사용하십니까? 예 아니요 해당되는 모든 항목에 체크하십시오.

_____ 흰 지팡이

_____ 버팀대

_____ 정형외과 지팡이 (3개 또는
4개의 발)

_____ 목발

_____ 수동 휠체어

_____ 표준 지팡이

_____ 전동 휠체어 -

_____ 보행기

_____ 스쿠터

17. 휠체어/스쿠터의 높이와 너비는? 높이 _____ 너비 _____

18. 귀하가 탄 상태에서 휠체어/스쿠터의 무게는? _____

19. 장애인 보조 동물 사용을 요구하십니까? 예 아니요 예라고 답하셨으면, 동물은 어떤 종류입니까? _____

20. 동물이 어떤 기능을 제공합니까? _____

21. 휴대용 의료장비를 갖고 이동하십니까? 예 아니요 예라고 답하셨으면, 휴대용 의료장비는 어떤 종류입니까? _____

22. 개인 간병 수행인 (PCA)의 동승을 요구하십니까? 예 아니요 예라고 답하셨으면, 그 간병 수행원이 귀하에게 어떤 일을 도와주는지 설명해 주십시오. _____

23. 개인 간병 수행인의 동승을 요구하지 않으면, 버스에서 내릴 때 귀하가 간병인과 만나는지 운전 기사가 확인해야 합니까? 예 아니요

24. 버스가 목적지에 도착했을 때 간병인이 나와 있지 않으면 누구에게 연락해야 합니까?

성명: _____

전화: _____

다음에 유의해 주십시오: 연락이 안되거나 또는 전화번호가 없는 번호이면, DFCS/911로 전화해 승객의 신변 보호를 요청할 것입니다.

25. 귀하가 버스에 내릴 때 간병인이 나와 있지 않아도 되는 상황이 있습니까? 예 아니요 예라고 답하셨으면, 설명해 주십시오. _____

26. 어느 역에서 내려야 하는지 귀하에게 알려 줘야 합니까? 예 아니요 예라고 답하셨으면, 설명해 주십시오. _____

27. 운전 기사 등 다른 사람과 의사 소통할 때 어떤 소통기구를 사용하십니까?

예 아니요 해당되는 모든 항목에 체크하십시오.

_____ 글자 판

_____ 노선 ID 카드

_____ 그림 판

_____ 기타 양식의 의사소통 보조기구

설명하여 주십시오: _____

28. 승객 가이드 또는 고정노선 일정표, 통신문에 대한 대체 양식이 필요합니까? 예 아니요
수신하고 싶은 양식을 선택해 주십시오? **한 기기 포맷만 체크하십시오.**

_____ CD

_____ 점자

_____ 큰 활자

_____ 오디오 테이프

_____ 이메일

29. 지금 어떻게 이동하십니까? 해당되는 모든 항목에 체크하십시오.

_____ 휠체어/스쿠터

_____ 내 휠체어를 스스로 작동하여

_____ 보행

_____ 장애인 보조 동물의 도움을 받아 내 휠체어로

_____ 직접 운전

_____ 다른 사람 차의 승객으로서
정비

_____ 간병인이 미는 휠체어에 앉아 또는
이동 보조기를 사용하여

_____ 다른 밴 서비스

_____ 현재 이동 수단이 없음.

_____ 일반 (대형) 고정노선
버스 서비스

30. 일반 (대형) 고정노선 버스를 타보신 적이 있습니까? 예 아니요 예라고 답하셨으면,
마지막으로 일반 (대형) 고정노선 버스를 탄 게 언제 입니까? _____

31. 일반 (대형) 고정노선 버스를 지금은 왜 타지 않으십니까? _____

32. 보행 훈련을 받으시면 일반 (대형) 고정노선 버스를 탈 수 있습니까? 예 아니요

33. GCT 버스 시스템 이용법에 관해 배운 적이 있습니까? 예 아니요 예라고 답하셨으면,
설명해 주십시오. _____

34. GCT 버스 시스템 이용법을 누가 가르쳐 주었습니까? _____

35. 다른 대중 버스 시스템 이용법에 관한 배운 적이 있습니까? 예 아니요

36. 보조교통 차량이 귀하를 일반 (대형) 고정노선 버스 정거장까지 모셔다 드리면 일반 (대형) 고정노선 버스를 탈 수 있을 것 같습니까? 예 아니요 아니요 라고 답하셨으면, 귀하의 장애가 일반 (대형) 버스로 갈아 타는 데 어떠한 제약을 주는 지 설명해 주십시오. _____

37. 일반 (대형) 고정노선 버스를 타고 가, 버스 정거장에서 내린 후, 그 정거장으로 보조교통 차량이 와서 귀하를 태우고 나머지 목적지로 가는 패턴인 경우, 일반 (대형) 고정노선 버스를 탈 수 있을 것 같습니까? 예 아니요 아니요 라고 답하셨으면, 이유를 설명해 주십시오.

38. 해당되는 모든 항목에 체크하십시오.

_____ 나는 일반 (대형) 고정노선 버스에 오르고 내릴 수 있으며 그 같은 버스를 타고 다닐 수 있다.

_____ 고정노선 시스템을 이해하고 노선을 알기 위해 도움이 필요하다.

_____ 좌석이 없어도 움직이는 버스에서 서 있을 수 있고 난간을 붙잡고 있을 수 있다.

_____ 장거리를 여행할 정도의 체력이 없다.

_____ 전화기를 사용하여 버스 일정 정보를 얻을 수 있다.

_____ 버스 정류장이 어디 있는지 보여 주면 버스 정류장까지 찾아 갈 수 있다.

_____ 버스에서 나오는 자동 위치 안내방송을 듣고 이해할 수 있다.

위에 체크한 항목에 관해 설명해 주십시오. _____

본인이 아는 한, 본인이 이 신청서의 일부로 제공 한 정보가 적절하게 기록되었습니다. 모든 답변 내용을 다시 살펴 보았으며 그러한 정보가 완전하고 정확함을 확인합니다. 의도적인 허위 또는 오도된 정보는 서비스 거부의 근거가 될 수 있다는 점을 인지하고 있습니다.

신청인 또는 대리인, 보호자 서명

날짜: _____

의료 정보 제출 및 공개 동의서

이 의료정보 공개 동의서는 아래 사람에게 제공됩니다.

(귀하의 신청서 정보를 검증할 의료관리 전문가에 관한 정보를 자세히 제공해 주십시오.)

면허 취득/인증 받은 의료관리 전문가 이름(아래 목록 참고):

주소: _____

도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

전화번호: (____) _____ 팩스번호: (____) _____

서명자인 본인은 이에 의해 관련 의료 정보를 GCT 보조교통 서비스에 이 신청서 의 파트 B에서 요청한 대로 ADA 보조교통 자격대상 결정을 위한 용도 만으로 제출 및 공개하는 데 동의합니다. 본인은 이 정보가 저의 보조교통 서비스 자격대상과 운송을 용이하게 하기 위해 해당 정보를 필요로 하는 기타 교통 사업자와 관련된 결정을 내리는 사람들에게만 공유될 것임을 알고 있습니다.

본인은 이 문서를 주의 깊게 읽었으며, 본인에게 이 위임에 따라 이미 공개된 정보를 제외하고 정보 공개를 서면으로 취소 할 권리가 있음을 알고 있습니다.

신청인 또는 대리인, 보호자 서명 날짜

증인

날짜

다음에 유의해 주십시오:

아래는 파트 B를 작성하도록 위임된 면허 취득/인증 받은 의료관리 전문가 목록입니다.

의사, 간호사, 사회 복지사, 심리학자, 물리 치료사, 척추 교정사, 작업치료사, 언어 병리학자, 특수 교육 교사, 간호 종사자, 의사 보조, 정신 건강 카운셀러, 오리엔테이션 / 보행 전문가, 호흡 치료사, 직업 재활 상담원 또는 레크리에이션 치료사가 의료 시설에 고용되어 있습니다.

신청인 외 다른 사람이 이 신청서/위임장을 작성하면 그 사람은 다음을 작성해야 합니다.

성명 _____

관계 _____

주소 _____

집 전화번호 _____

직장 전화번호 _____

TDD/TTY _____

본인은 신청인이 제공한 정보와 신청인의 건강 상태 또는 장애에 관한 본인의 지식에 기초하여
본 신청서에 제공된 정보가 본인이 아는 한 완전하고 정확함을 보증합니다.

서명 _____ 날짜 _____

FOR GCT OFFICE USE ONLY:	
APPROVED _____	CONDITIONAL _____
UNCONDITIONAL _____	
CODE (S) _____	
DENIED _____	
LIST SPECIFIC REASON FOR DENIAL THAT WILL BE STATED ON THE DENIAL LETTER	

SIGNED _____	DATED _____



GWINNETT COUNTY TRANSIT

**파트 B: 현재 면허 취득/인증 받은
의료관리 전문가 작성용**

이 신청서와 관련하여 질문이 있으신 경우,
Paratransit Certification/Enrollment Office 770.822.5010으로 연락하여, “3번을 눌러 주십시오.”

첨부한 신청서에 지명된 자가 귀넷 카운티 교통국(GCT) ADA 무료 보조교통 서비스를 신청했습니다. 자격대상인지 결정하기 위해 본 교통국은 신청인의 면허 취득/인증 받은 의료관리 전문가에게 신청인의 기능적 능력에 관한 질문을 해야 합니다.

장애가 있다고 해서 자동으로 보조교통 서비스의 자격대상이 되는 것은 아닙니다. GCT의 고정노선 버스는 장애인과 노약자가 편리하게 승하차하고 이용할 수 있는 버스입니다. ADA 무료 보조교통 서비스 자격대상은 단순히 장애 존재여부만이 아니라 개인의 능력에 가해진 제약을 바탕으로 합니다. **ADA 무료 보조교통 서비스 자격대상 결정 시 결정 요소는 그가 고정노선 버스 서비스를 기능적으로 이용 또한 접근할 수 있는지 여부입니다.** 이는 의학적 판단이 아닙니다. 기능적 능력 분석입니다. 장애가 이동하는 데 어려움은 주지만 아예 이동을 불가능하게 만들지는 않으면 자격대상이 되지 않습니다.

이 신청서의 신속한 처리를 위해, 귀 사무실에서 이 신청서를 받으신 후 영업일 기준 3일 내에 이 신청서의 파트 B를 작성하여 GCT 팩스 번호 770.246.4780으로 보내주실 것을 요청합니다.

이 부분은 다음의 현재 면허 취득/인증 받은 의료관리 전문가 중 한 명이 작성해야 합니다:

의사, 간호사, 사회 복지사, 심리학자, 물리 치료사, 척추 교정사, 작업치료사, 언어 병리학자, 특수 교육 교사, 간호 종사자, 의사 보조, 정신 건강 카운셀러, 오리엔테이션 / 보행 전문가, 호흡 치료사, 직업 재활 상담원 또는 레크리에이션 치료사가 의료 시설에 고용되어 있습니다.

협조해 주셔서 감사합니다!

보조교통 서비스 관리자

GCT 보조교통 신청서

파트 B: 면허 취득/인증 받은 의료관리 전문가 작성용

신청인 이름: _____ 생년월일 _____

신청인에 관한 최근 평가 또는 귀하와의 최근 상담/진료일 _____

요구되는 정보를 작성해 주십시오.

장애 또는 질병의 의학명 기재	그러한 건강상태는 영구적입니까?	상태 지속기간	복용 약물
	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>		
	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>		
	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>		
	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>		
	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>		

1. 이 장애가 신청인의 GCT 일반(대형) 고정노선 버스를 이용하는 **기능적 능력** 에 미치는 영향에 관해 기술해 주십시오. _____

2. 일시적 장애인 경우, 신청인이 정상적인 이동 패턴으로 회복되는 시기는 언제쯤입니까?
 실제 날짜를 기재해 주십시오. _____

3. 어떤 상황에서 장애가 악화될 수 있습니까? _____

4. 신청인에게 다음을 할 수 있는 정신적 능력, 시력 및/또는 청력을 갖고 있습니까?

주소와 전화번호를 알려줌. _____

목적지 또는 랜드마크 인지 _____

예상치 않은 노선 변경에 대처 _____

길을 묻거나, 길 안내를 이해하거나 또는 찾아 갈 수 있음. _____

혼잡/복합 시설에서 안전하게/효과적으로 이동 _____

5. GCT가 인지해야 할 다른 질병은 없습니까? 예 아니요

예라고 답하셨으면, 설명해 주십시오. _____

6. 신청인이 다른 이의 도움 없이 혼자서 얼마나 걸으실 수 있습니까? **한 항목에만 체크 하십시오.**

축구장 길이만큼 걸을 수 있습니까? (300ft) 예 아니요

1/4마일 트랙 한 바퀴? (1320ft) 예 아니요

1/4마일 트랙 두 바퀴? (2640ft) 예 아니요

1/4마일 트랙 세 바퀴? (3960ft) 예 아니요

12-14인치 계단을 도움을 받지 않고 걸어 올라갈 수 있습니까? 예 아니요

7. 신청인이 12-14인치 계단을 도움을 받고 걸어 올라갈 수 있습니까? 예 아니요

8. 신청인이 이동 시 이동 장치를 사용합니까? 예 아니요 해당되는 모두 항목에 체크 표시하십시오.

_____ 흰 지팡이

_____ 버팀대

_____ 정형외과 지팡이 (3개 또는
4개의 발)

_____ 목발

_____ 수동 휠체어

_____ 표준 지팡이

_____ 전동 휠체어

_____ 보행기

_____ 스쿠터

9. 신청인이 **탄 상태에서** 휠체어/스쿠터 무게가 600파운드 이상입니까?

예 아니요 예라고 답하셨으면, 신청인이 탄 상태에서 기구의 무게는 얼마입니까?

10. 신청인의 몸무게가 600파운드 이상입니까? 예 아니요

11. 신청인이 장애인 보조 동물과 동승하길 원합니까? 예 아니요 예라고 답하셨으면, 어떤 종류의 동물이고 어떤 기능을 수행하도록 훈련했습니까? _____

12. 신청인이 장애/질병으로 인해 일반(대형) 고정노선 장애인 이용가능 버스를 이용하지 못합니까? 예 아니요 예라고 답하셨으면, 설명해 주십시오. _____

13. 기후가 신청인의 이동능력에 영향을 줍니까? 예 아니요 예라고 답하셨으면, 설명해 주십시오. _____

14. 신청인이 개인 간병 수행인(PCA)과 동승하길 원합니까?
예 아니요 예라고 답하셨으면, 설명해 주십시오 _____

15. 신청인이 간병인을 요구합니까? 예 아니요

이 인증서는 아래 사람이 작성했습니다.

인증 전문가 이름을 인쇄체로 쓰십시오. _____

직책 _____

주소 _____

도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

사무실 전화 () _____ 팩스 () _____

이메일 주소 _____

라이선스/인증 # _____

라이선스는 어느 기관에서 발부했습니까? _____

서명 _____ 서명일자 _____

팩스번호 770.246.4780으로 팩스로 회신하여 주십시오.