



GWINNETT COUNTY TRANSIT

## GCT 輔助客運資格申請

填寫申請前，請閱讀 GCT 輔助客運服務乘客指南及本申請

如果您對本申請有任何問題，請連絡輔助客運認證/註冊辦公室，撥打 770.822.5010 並「按 3」。

尊敬的申請人，您好：

1990 年《美國殘疾人法案》(ADA) 是一項禁止歧視殘疾人的民權法案。ADA 的目的是確保患有特定殘疾的人群能夠平等使用公共交通工具。按照 ADA，Gwinnett 郡交通運輸局 (GCT) 必須提供包括輔助客運服務在內的多種服務。輔助客運服務是一項專門服務，為無法使用普通固定路線巴士服務的合格殘疾人提供從起點到目的地的共用乘坐服務。

GCT 必須確定每個申請人的輔助客運服務資格。輔助客運服務資格類別如下：

「無條件資格」（「所有出行資格」）

如果確定在所有條件下，申請人無法使用固定路線服務進行任何出行，此類別合適。

「有條件資格」（「部分出行資格」）

如果申請人可以使用固定路線服務進行部分出行（不存在阻礙出行的障礙時），但在某些條件下無法使用固定路線服務，則此類別可能合適。

「臨時資格」（或「過渡資格」）

如果申請人的殘疾是暫時性，或者其功能性能力預期短期內改善，則此類別可能合適。短於通常授予期限的資格期限可能合適。臨時資格可以是無條件或有條件的。

「不具備資格」（或「具有固定路線資格」）

如果確定在所有條件下，申請人無法使用固定路線服務進行任何出行，此類別合適。

殘疾不會使人自動具備輔助客運服務資格。GCT 的固定路線巴士對殘疾人和老年人完全無障礙。ADA 輔助客運服務資格取決於個人的能力限制，而不僅僅是存在殘疾。資格由您乘坐或使用固定路線無障礙巴士服務的實際能力決定。這不是醫療性確定；而是實際能力分析。加重出行困難度而不會導致無法出行的殘疾不具備資格。

如果您認為您的殘疾符合上述類別注意，必須申請認證。申請過程的此 A 部分中的問題是證明您申請使用 GCT 輔助客運服務資格的第一步。請回答每個問題，這些問題將協助我們確定符合您能力的服務。

您負責將填寫好並簽字的 A 部分交還 GCT。您還必須在此表格的授權頁面簽字，授權您的持照/認證專業人員披露與您的殘疾以及使用無障礙固定路線巴士服務實際能力有關的資訊。

在授權頁面上，請務必提供可以正確回答您的殘疾和實際出行能力相關問題的持照/認證專業人員完整資訊。請注意：填寫本申請 A 部分的人不能與作為持照/認證專業人員填寫 B 部分的人是同一人。

強烈建議持照/認證醫療專業人員為熟悉您實際能力的人員。換句話說，在以下方面：

- 對精神健康殘疾的瞭解，家庭醫生不如顧問、心理醫生或精神病醫生；
- 對視力障礙的瞭解，家庭醫生不如行動專家；
- 對發育殘疾的瞭解，家庭醫生不如個案經理或支持性專家；
- 對行動障礙的瞭解，家庭醫生不如理療師或職業治療師。

將填寫好的 A 部分申請（包括所有需要的簽字）郵寄至下面的地址：

Gwinnett 郡交通運輸局  
回復：輔助客運申請 A 部分  
3525 Mall Boulevard, Suite 5-C  
Duluth, GA 30096

GCT 收到填寫好的 A 部分後，申請 B 部分將轉發至您在 A 部分列出的持照/認證專業人員。在您的持照/認證專業人員填寫好 B 部分並交還 GCT 後，您的申請視為完整。收到完整申請後，GCT 將在 21 天內確定您的資格。

感謝您的協助，

輔助客運服務經理

本申請所有問題針對您使用固定路線無障礙巴士的實際能力。

A 部分申請資訊（請使用印刷體） 日期：\_\_\_\_\_

請選中一個：首次申請 \_\_\_\_\_ 重新認證申請 \_\_\_\_\_

姓氏 \_\_\_\_\_ 名字 \_\_\_\_\_ 中間名縮寫 \_\_\_\_\_

街道地址 \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

電話號碼：（白天）\_\_\_\_\_（晚上）\_\_\_\_\_（行動電話）\_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_ 男 \_\_\_\_\_ 女 \_\_\_\_\_

通訊電子郵寄地址（可選）： \_\_\_\_\_

緊急連絡人姓名： \_\_\_\_\_

緊急連絡人電話號碼：（ ） \_\_\_\_\_

-----  
距離您居住地最近的巴士站。（如果不確定，請撥打 770.822.5010 並「按 3」）。

社區或複式公寓名稱： \_\_\_\_\_

最近的主要交叉街道： \_\_\_\_\_

距離您居住地最近的十字路口： \_\_\_\_\_

請填寫要求的資訊。

列出您的殘疾或病症的醫學名稱	該症狀是否是永久性的？	症狀持續時間	症狀採取的治療措施
	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. 症狀如何影響您乘坐普通（大型）固定路線無障礙巴士的能力？請務必具體。 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. 您是否存在**認知障礙**？（您是否被診斷患有創傷性/非創傷性大腦損傷、智力遲鈍、臨界智力、先天愚型、自閉症等？） 是  否   
請說明： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. 您是否遇到過以下情況？請選中所有適用項並說明：

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 驚恐發作    | <input type="checkbox"/> 混亂      |
| <input type="checkbox"/> 幻覺      | <input type="checkbox"/> 易激怒或生氣  |
| <input type="checkbox"/> 錯覺      | <input type="checkbox"/> 妄想      |
| <input type="checkbox"/> 短時間記憶障礙 | <input type="checkbox"/> 無法辨認圖片  |
| <input type="checkbox"/> 長時間記憶障礙 | <input type="checkbox"/> 無法讀寫    |
| <input type="checkbox"/> 容易迷路    | <input type="checkbox"/> 理解困難    |
| <input type="checkbox"/> 容易被他人利用 | <input type="checkbox"/> 書面或口頭指令 |
| <input type="checkbox"/> 視物困難    | <input type="checkbox"/> 緊張      |
| <input type="checkbox"/> 不當行為    | <input type="checkbox"/> 聽到幻音    |

請說明： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. 您是否發作過**癲癇**？是  否  如果是，請選中所有適用項並說明：

大發作     小發作     大腦顛葉     癲癇顛葉

請說明： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. 發作時，我：請選中所有適用項：

- |                               |                                 |
|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 難以喚醒 | <input type="checkbox"/> 需要立刻就醫 |
| <input type="checkbox"/> 昏迷   | <input type="checkbox"/> 獲得照料   |
| <input type="checkbox"/> 入睡   | <input type="checkbox"/> 兩眼發呆   |

請說明： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. 發作頻率如何？ \_\_\_\_\_

7. 您當前是否服用控制癲癇的藥物？ 是  否

8. 您是否存在**視力障礙**（包括失明）？ 是  否

請選中所有適用項並詳細說明：

\_\_\_\_\_ 我戴隱形眼鏡或普通眼鏡。

\_\_\_\_\_ 如果報站，我可以分辨我的車站。

\_\_\_\_\_ 我在法定意義上失明，無法區分我的車站、下車以及沿路到達目的地。我不使用導盲犬或其他工作型動物或任何輔助設備。

\_\_\_\_\_ 我使用導盲犬或其他工作型動物，但需要輔助客運到達路線上我無法安全抵達的目的地。

\_\_\_\_\_ 我可以很容易聽到並區分環境聲音，幫助我確定車流量。

\_\_\_\_\_ 我無法容易聽到幫助我確定車流量的環境聲音。

\_\_\_\_\_ 在交通訊號燈變燈前，我無法離開路面。

\_\_\_\_\_ 我需要領路以協助我完成以下任務：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. 您是否具有**精神/心理障礙**？ 是  否  如果是，請說明該障礙並解釋如何影響您。 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. 是否還有任何其他身體或精神殘疾影響您乘坐普通（大型）固定路線無障礙巴士的**實際能力**？

（示例：到達車站，在車站等待正確巴士，上車，知道何時到達車站並告訴司機需要下車方面存在困難。）是  否  如果是，請說明。 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. 11. 您可以在**沒有**座位和候車亭的 GCT 巴士站等待 30 分鐘嗎？ 是  否  如果否，請說明。 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. 您可以在**有**座位和候車亭的 GCT 巴士站等待 30 分鐘嗎？ 是  否  如果否，請說明。 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. 您可以在 GCT 巴士站無協助等待 30 分鐘嗎？是  否  如果否，請說明。 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. 您在沒有他人的協助下可以走多遠？

足球場的長度（300 英尺）？

是  否

繞 1/4 英里賽道一圈？

是  否

繞 1/4 英里賽道兩圈？

是  否

繞 1/4 英里賽道三圈？

是  否

您可以在無人協助的情況下上下 12-14 英寸台階嗎？

是  否

如果無人協助，您可以握住扶手支撐自己嗎？ 是  否

15. 您是否需要走上巴士升降機並握住扶手以上下巴士？ 是  否

16. 您是否使用行動輔助設備出行？是  否  請選中所有適用項。

<input type="checkbox"/> 白色手杖	<input type="checkbox"/> 支架
<input type="checkbox"/> 矯形手杖（三或四腳底座）	<input type="checkbox"/> 拐杖
<input type="checkbox"/> 標準手杖	<input type="checkbox"/> 手動輪椅
<input type="checkbox"/> 助步架	<input type="checkbox"/> 電動輪椅
	<input type="checkbox"/> 踏板車

17. 您的輪椅/踏板車無人狀態下高度/寬度是多少？

高度 \_\_\_\_\_ 寬度 \_\_\_\_\_

18. 您乘坐時輪椅/踏板車的高度/寬度是多少？ \_\_\_\_\_

19. 您是否需要使用工作型動物？是  否  如果是，使用哪種動物？ \_\_\_\_\_

20. 動物為您提供哪種功能？ \_\_\_\_\_

21. 您是否帶著可攜式醫療設備出行？是  否  如果是，何種類型的可攜式醫療設備？ \_\_\_\_\_

22. 您是否需要個人護理人員 (PCA) 與您一起出行以提供交通協助？是  否  如果是，請說明您需要的具體協助。 \_\_\_\_\_

23. 如果您的巴士出行不需要個人護理人員，下車時您是否需要護理人員接？是  否

24. 如果巴士到達您的目的地後而護理人員不在那裡協助您下車，必須連絡誰？姓名： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

請注意如果連絡人號碼無人接聽或者號碼斷線，將撥打 DFCS/911 照管乘客。



35. 您是否接受過任何其他公共巴士系統使用培訓？是  否

36. 您是否認為，如果輔助客運車輛能夠帶您到達普通（大型）固定路線無障礙巴士站，您可以乘坐普通（大型）固定路線無障礙巴士？

是  否  如果否，請說明您的殘疾如何造成限制。\_\_\_\_\_

37. 您是否認為，如果您的出行涉及乘坐普通（大型）固定路線無障礙巴士，您可以乘坐普通（大型）固定路線無障礙巴士，在巴士站下車並由輔助客運車輛在巴士站接您，完成剩餘路程？是  否  如果否，請說明原因。\_\_\_\_\_

38. 請選中所有適用項：

\_\_\_\_\_ 我可以上車、乘坐和離開普通（大型）固定路線無障礙巴士。

\_\_\_\_\_ 我需要協助以理解和導航固定路線系統。

\_\_\_\_\_ 如果沒有座位，我可以握住扶手站在移動的巴士上。

\_\_\_\_\_ 我不具備長距離出行的體力。

\_\_\_\_\_ 我可以用電話獲得巴士時間表資訊。

\_\_\_\_\_ 指路後，我可以自己前往巴士站。

\_\_\_\_\_ 我可以聽到並理解巴士上的自動報站系統。

請說明以上選中的項。\_\_\_\_\_

就我所知，我為本申請提供的資訊已正確記錄。我已檢查所有答案，證明資訊完整正確。我瞭解，任何有意虛假或誤導資訊可能成為拒絕服務的依據。

\_\_\_\_\_  
申請人、代表或監護人簽字

日期：\_\_\_\_\_



**醫療資訊發佈與披露患者同意書**

本醫療資訊披露同意書提供給：

(請提供將檢驗您的申請資訊的醫療專業人員完整資訊)

持照/認證專業人員姓名 (參見下麵的清單)：

\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 郵遞區號：\_\_\_\_\_

電話號碼：(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 傳真號碼：(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

我，簽署人，據此同意向 GCT 輔助客運服務公佈和披露本申請 B 部分要求的任何相關醫療資訊，這些資訊將僅用於確定 ADA 輔助客運資格。我瞭解，這些資訊將僅與決定我的輔助客運服務資格的人員以及需要此類資訊以協助出行的其他客運提供者共用。

我已仔細閱讀本文，瞭解我有權書面撤銷此披露，以前在此授權下已經披露的資訊除外。

\_\_\_\_\_  
申請人、代表或監護人簽字 日期

\_\_\_\_\_  
證人 日期

請注意：

以下授權填寫 B 部分的持照/認證專業人員清單。

醫療機構雇用的醫師、持照護士、社工、心理學家、理療師、按摩師、職業治療師、語言病理醫師、特殊教育老師、執業護士、醫師助手、心理健康顧問、方向/行動專家、呼吸治療師、職業康復顧問或者休養治療師。

如果由申請人以外的人填寫本申請/授權，此人必須填寫以下內容：

姓名 \_\_\_\_\_

與申請人的關係 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

家庭電話 \_\_\_\_\_

工作電話 \_\_\_\_\_

TDD/TTY \_\_\_\_\_

我證明，就我所知，依據申請人提供給我的資訊或者我對申請人健康狀況或殘疾的瞭解，本申請中提供的資訊完整準確。

簽字 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

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





## B 部分：由現任持照/認證專業 人員填寫

如果您對本申請有任何問題，請連絡輔助客運認證/註冊辦公室，撥打 770.822.5010 並「按 3」。

附件申請指定人已經申請 Gwinnett 郡交通運輸局 (GCT) ADA 輔助客運服務。為確定是否具備資格，我們需要詢問申請人的持照/認證醫療專業人員關於申請人實際能力的問題。

殘疾不會使人自動具備輔助客運服務資格。GCT 的固定路線巴士對殘疾人和老年人完全無障礙。ADA 輔助客運服務資格取決於個人的能力限制，而不僅僅是存在殘疾。**決定申請人是否具備 ADA 輔助客運服務 資格的決定性因素是其能否實際乘坐或使用固定路線無障礙巴士服務。**這不是醫療性確定；而是實際能力分析。加重出行困難度而不會導致無法出行的殘疾不具備資格。

為加快本申請處理，GCT 要求您在辦公室收到申請後 3 個工作日內填寫本申請 B 部分並傳真至 770.246.4780。

此部分必須由以下現任持照/認證專業人員之一填寫：

醫療機構雇用的醫師、持照護士、社工、心理學家、理療師、按摩師、職業治療師、語言病理醫師、特殊教育老師、執業護士、醫師助手、心理健康顧問、方向/行動專家、呼吸治療師、職業康復顧問或者休養治療師。

感謝您的協助，

輔助客運服務經理

## GCT 輔助客運申請

### B 部分：由持照/認證專業人員填寫

申請人姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_

您上次評估或與申請人交流的日期 \_\_\_\_\_

請填寫要求的資訊。

列出您的殘疾或病症的醫學名稱	該症狀是否是永久性的？	症狀持續時間	症狀採取的治療措施
	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"/>		
	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		

1. 請討論此殘疾對申請人乘坐 GCT 普通（大型）固定路線巴士**實際能力**的影響。 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. 如果這是暫時殘疾，申請人何時能夠恢復正常出行模式？請列出實際日期 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. 在什麼情況下殘疾將加重？ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. 申請人是否具備足夠的智力、視力和/或聽力：  
給出地址和電話號碼？ \_\_\_\_\_  
辨認目的地或地標？ \_\_\_\_\_  
處理途中的意外變化？ \_\_\_\_\_  
問路，理解並按遵循指示？ \_\_\_\_\_  
安全/有效穿越擁擠/複雜的設施？ \_\_\_\_\_
5. 是否還有任何其他 GCT 應瞭解的醫療症狀？是  否  如果是，請說明。 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. 申請人在沒有他人的協助下可以走多遠？請選中一個。

足球場的長度？（300 英尺） 是  否

繞 1/4 英里賽道一圈？（1320 英尺） 是  否

繞 1/4 英里賽道兩圈？（2640 英尺） 是  否

繞 1/4 英里賽道三圈？（3960 英尺） 是  否

可以在無人協助的情況下上下 12-14 英寸台階嗎？ 是  否

7. 申請人能否在有人協助的情況下上下 12-14 英寸台階？ 是  否

8. 申請人是否使用行動輔助設備出行？是  否  請選中所有適用項：

\_\_\_\_\_ 白色手杖

\_\_\_\_\_ 矯形手杖（三或  
四腳底座）

\_\_\_\_\_ 標準手杖

\_\_\_\_\_ 助步架

\_\_\_\_\_ 支架

\_\_\_\_\_ 拐杖

\_\_\_\_\_ 手動輪椅

\_\_\_\_\_ 電動輪椅

\_\_\_\_\_ 踏板車

9. 申請人乘坐時輪椅/踏板車的重量是否達到 600 磅或更多？

是  否  如果是，乘坐時的設備重多少？\_\_\_\_\_

10. 申請人重量是否超過 600 磅？ 是  否

11. 申請人是否需要使用工作型動物？ 是  否  如果是，什麼類型的動物，該動物培訓用於什麼功能？\_\_\_\_\_

12. 申請人的殘疾/病症是否阻礙其前往或乘坐普通（大型）固定路線無障礙巴士？ 是  否  如果是，請說明。\_\_\_\_\_

13. 天氣是否影響申請人的出行能力？ 是  否  如果是，請說明。\_\_\_\_\_

14. 申請人是否需要個人護理人員 (PCA) 陪同出行？ 是  否  如果是，請說明 \_\_\_\_\_

15. 申請人是否需要護理人員？ 是  否

本證明填寫人：

印刷體 證明專業人員的姓名 \_\_\_\_\_

職位 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

辦公室電話號碼 ( ) \_\_\_\_\_ 傳真 ( ) \_\_\_\_\_

電子郵寄地址 \_\_\_\_\_

執照/認證號碼 \_\_\_\_\_

哪個組織頒發您的執照？ \_\_\_\_\_

簽字 \_\_\_\_\_ 簽字日期 \_\_\_\_\_

請傳真至 770.246.4780。