



GWINNETT COUNTY TRANSIT

## 절반 요금 프로그램

65 세 이상, 장애인 또는 메디케어 카드 소지자에게는 모든 지역 버스 노선에서 전체 운행 시간 중 절반 요금으로 이동할 자격이 주어집니다.

절반 요금 혜택을 이용하려면, 버스에 탑승 시 운전기사에게 자격증명을 제시해야 합니다. 이 자격 증명에는 GA 운전 면허증, GA ID 카드, 연령이나 장애여부를 명시한 다른 주 또는 연방정부 발급 카드, GCT ADA 보조교통 브리즈 카드 또는 MARTA 절반 요금 브리즈 카드를 포함한 메디케어 카드 등을 사용할 수 있습니다. 만약 사진이 없는 자격증명 카드를 제시하는 경우, 버스 운전기사는 해당 승객이 승인된 당사자인지를 확인하기 위해 신원증명으로 사진이 있는 다른 카드를 추가로 제시하도록 요구할 수 있습니다.

GCT 는 또한 GCT 절반 요금 브리즈 카드를 결제 옵션으로 제공합니다. **MARTA 를 이용하는 절반 요금 프로그램 승객들은 GCT 에서 여정을 시작할 때 GCT 절반 요금 브리즈 카드를 사용하고 MARTA 에서 여정을 시작할 때 MARTA 절반 요금 브리즈 카드를 이용하여 무료 이동 혜택을 받아야 합니다.** 65 세 미만이며 메디케어 카드나 다른 장애 카드소지자가 아닌 장애인은 자격 대상 증빙으로 GCT 절반 요금 브리즈 카드를 확보해야 합니다. GCT 절반 요금 브리즈 카드의 확보에 대한 더 자세한 정보가 필요하시면, GCT 고객 서비스 (770) 822-5010 으로 연락하십시오. 영어 구사에 제약이 있으신 분들에게는 영어 지원 서비스를 제공합니다. 난청, 청각장애, 시청각장애 또는 언어장애가 있는 분을 포함하여 일반 전화기를 사용하는 데 어려움이 있으면, 7-1-1 을 다이얼하여 조지아 릴레이 전화로 귀넷 카운티 교통국에 연락하십시오.

연방 교통국(Federal Transit Administration)은 보행 불능으로 휠체어에 의존하며 보행 가능 역량이 완전하지 않은 사람들을 포함하여 질병, 부상, 연령, 선천적 기능 부전 또는 기타 영구적 또는 일시적 불능, 장애로 인해 특별한 시설 또는 특별한 계획이나 설계 없이는 대중 교통 시설 및 서비스를 효과적으로 이용할 수 없는 사람들을 장애인으로 정의합니다(49 CFR 609.3).

GCT 요금 할인 프로그램에서는 GCT의 지역 고정 노선 서비스에서 요금 할인을 제공합니다:

- 지역 고정 노선 편도 요금: \$1.25
- 지역 할인 티켓북: \$12.50

GCT 절반 요금 브리즈 카드는 다음 장소에서 발급됩니다:

### GCT Customer Service Center

3525 Mall Boulevard, Suite 5-C  
Duluth, GA 30096

운영시간: 월-금요일은, 오전 6 시-오후 8 시, 토요일은 오전 7 시-오후 8 시  
(770) 822-5010



GWINNETT COUNTY TRANSIT

## 절반 요금 프로그램 인증 신청

성:	이름:	중간이름 이니셜:
거리주소:		아파트 #
도시:	주:	우편번호:

생년월일			전화번호	
월	일	년	지역 번호	전화번호

(해당되는 것에 모두 체크 표시하십시오) 남성: <input type="checkbox"/> 여성: <input type="checkbox"/>	(해당되는 것에 모두 체크 표시하십시오) 메디케어 수령인: <input type="checkbox"/> 65세 이상: <input type="checkbox"/> 기타: _____
---	---

### 신청인 유의사항:

- 유효한 메디케어 카드를 소지한 모든 사람, 미국장애인법(ADA) 자격대상 카드 소지자 및 65세 이상은 이 프로그램의 자격대상이 됩니다. 의료증명서는 필요하지 않습니다. 이 페이지와 나이 증명, 신분증 및 메디케어 카드를 고객 서비스 담당자에게 제출하십시오.
- 모든 GCT 해어 페어 브리즈 카드(Hare Fare Breeze Card) 참가자들은 기존의 사진이 있는 ID 만료 시 신청서를 다시 제출해야 합니다.
- 상기 정보에 따라 장애 증명 및 절반 요금 프로그램 자격 대상 여부를 바로 확인할 수 없는 경우, 신청인과 허가 받은 의료 서비스 제공자는 2 페이지를 작성해야 합니다.

### GCT 절반 요금 브리즈 카드 진술서

본인은 요금 할인 브리즈 카드 사용에 관해 다음 조건에 동의합니다.

- 양도 불가능:** 이 카드는 양도가 불가능합니다. 만약 이 카드의 발급 대상자 이외의 다른 사람이 이 카드를 제시하면, GCT에서는 해당 카드를 몰수할 권한이 있습니다.
- GCT의 자산:** 이 절반 요금 브리즈 카드는 GCT의 자산이며, GCT 버스 탑승 시 제시하고 이용할 수 있습니다. 또한 이 카드는 GCT 관계자가 요청 시 제출해야 함을 주지하십시오.

신청인 정보 공개: 본인은 이 신청서에서 지명된 의료 서비스 제공자가 이 인증 완료에 필요한 모든 정보를 공개하도록 승인합니다. 본인은 이 정보가 보안 유지되며 본인의 승인이나 법원의 명령 없이는 공개되지 않음을 알고 있습니다. 본인은 GCT에서 GCT 절반 요금 브리즈 카드에 대한 본인의 자격대상 여부를 확인할 권리와 기회를 갖고 있음을 알고 있습니다. 본인은 이 신청서에 작성된 진술 중 어느 하나라도 허위이거나 정확하지 않을 경우, 절반 요금 카드로 이용할 수 있는 혜택을 상실하게 됨을 알고 있습니다.

신청인 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

## 이 섹션은 승인된 의료 서비스 제공자가 작성해야 합니다.

1. 신청인은 3페이지 자격증명 가이드라인에 나열된 기준 중 적어도 하나를 충족해야 합니다.
2. 특정 카테고리 번호를 기입한 후 설명해야 합니다.
3. 만약 임시(90일 이상이나, 영구가 아닌) 자격 조건이 있는 경우, 그 성격과 예상 기간을 명시하십시오.
4. 신청인의 재정 상태는 자격대상과 관련이 없습니다.
5. 신청인의 약물 또는 음주 재활 프로그램은 그 자체로 프로그램 자격대상 요건이 되지 않습니다.

3 페이지 자격 대상 가이드라인에서 적합한 장애 카테고리를 선택하여 표시해 주십시오.

카테고리 번호:   요약 설명: \_\_\_\_\_

조건 (하나를 체크하십시오): 임시  영구 , 임시일 경우, 기간을 명시하십시오. \_\_\_\_\_

### 승인된 의료 서비스 제공자의 인증 (정자체로 기입해 주십시오)

의료 서비스 제공자: \_\_\_\_\_

제공자 주소: \_\_\_\_\_

조지아주 라이선스 번호: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

제공자 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

본인은 상기자가 GCT의 절반 요금 프로그램 (3 페이지)의 가이드라인에 나열된 자격대상 기준에 충족함을 증명합니다. 본인은 허위의 정보를 제공할 경우 법에 의거하여 처벌 받게 됨을 알고 있습니다.

1-2 페이지를 작성 후, 우편, 팩스(770-825-8162)로 보내거나 또는 GCT 고객 서비스 센터에 제출해 주십시오. 승인되면, 신청인은 GCT 절반 요금 브리즈 카드의 발급을 위해 GCT 고객 서비스를 방문하도록 요청하는 서면 요구서를 받게 됩니다.

#### For Official Use Only

Approved

Denied  Reason for Denial: \_\_\_\_\_

Staff Representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## 의료 인증 자격증명 가이드라인

주의: 이 가이드라인은 모든 장애유형을 대상으로 하지 않습니다. 그러나, 다음 카테고리과 설명은 연방 교통국(FTA)의 교통기관의 절반 요금 프로그램에 참여하고자 하는 사람의 장애에 대한 정의를 해석함에 있어서 교통업계 내에서 일반적으로 용인되는 가이드라인의 예로 의료 서비스 제공자에게 제공됩니다.

연방 교통국(Federal Transit Administration)은 보행 불능으로 휠체어에 의존하며 보행 가능 역량이 완전하지 않은 사람들을 포함하여 질병, 부상, 연령, 선천적 기능 부전 또는 기타 영구적 또는 일시적 불능, 장애로 인해 특별한 시설 또는 특별한 계획이나 설계 없이는 대중 교통 시설 및 서비스를 효과적으로 이용할 수 없는 사람들을 장애인으로 정의합니다(49 CFR 609.3).

1. **비 보행:** 걸을 수 없거나 휠체어 또는 기타 이동 장치를 사용해야 하는 개인
2. **불완전 보행:** 걸을 수 있는 능력을 상당히 제한하는 만성적 질병이 있거나, 또는 캘리퍼 레그 브레이스, 보행기 또는 크러치를 사용하지 않고 걸을 수 없는 개인.
3. **절단:** 한 쪽 또는 양쪽 손, 팔, 발 또는 다리가 절단된 개인
4. **뇌졸중:** 뇌졸중으로부터 3개월 후 사지 중 두 곳에 상당한 기능적 운동 장애가 있거나, 균형감 상실 및/또는 인지 장애가 있는 개인.
5. **뇌졸중 이외 신경 손상:** 두뇌, 척추 또는 말초 신경 손상 또는 질병으로 조정, 의사소통, 사회적 교류 및/또는 지각에 어려움이 있거나, 기능적 운동 장애가 있거나, 또는 이동성을 현저하게 감소시키는 증상으로 고통 받는 개인.
6. **폐 또는 심장 질환:** 계단 오르기 및/또는 짧은 거리 걷기와 같은 활동 중 현저한 신체 기능 제한 및 호흡장애를 유발하는 폐 또는 심장 질환이 있는 개인. 천식 진단을 받은 경우, 다음의 해당 여부를 기술하십시오. a) 지난 6개월 동안 체계적인 약물치료를 받은 개인 또는 b) 지난 6개월 동안 주당 3-4회 급속 작용 흡입기를 사용했어야 했던 개인.
7. **시각장애:** 교정으로 인한 시력의 개선이 20/200 이하인 법적으로 맹인이거나, 고정점으로부터 터널 비전이 10도 이하이거나 또는 가장 넓은 직경이 20도 미만인 개인. 시력이 약하여, 최고의 교정 후에도 시력이 20/70~20/200 범위인 개인
8. **청각장애 또는 난청:** 청각 보조기의 사용과 관계없이 양쪽 귀 모두 순음 청력이 평균 70dB가 넘지 않는 개인.
9. **간질:** 지난 4개월 동안 최소 1회의 강직간대발작이 있었던 개인.
10. **발달 장애 또는 학습 장애:** 상당한 학습, 지각 및/또는 인지 장애가 있는 개인. 주의력 결핍 장애(ADD) 및 ADHD와 같은 일부 질환은 자격 대상에서 제외됩니다.
11. **정신질환:** 판단 및 행동을 손상시키는 상당한 사고, 지각, 방향 또는 기억력 장애를 포함한 정신질환이 있는 개인.
12. **만성적 진행성 쇠약 질환:** 쇠약 질환, 자가 면역 질환 또는 진행성 및 통제불능 악성 종양을 앓고 있는 개인. 이러한 증상은 운동성을 저해하는 피로, 허약, 통증 및/또는 정신적 상태로의 변화가 특징적입니다.