



GWINNETT COUNTY TRANSIT

Gwinnett 客運

輔助客運再認證申請

您的 Gwinnett 縣輔助客運認證已過期或將於今年到期。按規定所有 Gwinnett 縣輔助客運客戶每三年或者認證到期時（即臨時傷殘狀態）須提交重新認證申請。為了避免服務中斷，客戶必須在到期日前 30 天之內提交完整的重新認證申請表，包括 B 部分（持牌/證專家表格）。不完整的申請表將不予處理。除非您的醫療狀況發生變化，否則無需進行面對面評估。

重新認證申請表也可應要求以大字排印版本提供。申請表必須列印或用正楷清晰書寫，否則可能會導致處理延遲。

如何完成重新認證申請的說明

1. 您可以自己填寫此申請表，或請熟悉您或您病情的人幫忙。在完成此申請時，請記住，您提供的資訊能越詳細，就越能使 GCT 根據您的交通需求做出最適當的決定。如果您在完成本申請時有任何疑問或需要說明，請致電 Gwinnett 縣輔助客運，電話為 770-246-4770；選項#2。
2. B 部分（持牌/證專家表格）需由醫療保健專業人員填寫，以驗證您的傷殘狀況及其對您使用 GCT 常規公車系統的能力的影響。可以驗證您申請的醫療保健專業人員例如包括：

臨床社會工作者、獨立生活專家、職業治療師、物理治療醫生、理療師、康復專家、聽力學家、眼科醫生、醫生、心理學家、註冊護士或行動專家/講師等。

3. 完成包括持牌/證專家表格的申請表後，您可以將申請傳真至 Gwinnett 縣輔助客運部 770-300-9419，或將申請郵寄至：

**Gwinnett County Transit Paratransit
Department 3525 Mall Boulevard, Suite 5-C
Duluth, GA 30096**

4. 您的申請將進行審核，並在收到完整申請或面談和體能評估（如有必要）後的二十一（21）天內做出資格確定。您將收到一封信，表明您是否有資格繼續獲得服務。此審核將根據您使用常規公交服務的能力進行。審閱者可能會要求您或您的醫療保健專業人員提供更多資訊。請注意，來自持牌醫療保健專業人員的驗證不能保證使您有資格享受輔助客運服務。根據您的現場評估，您可能會有：
 - 完全性資格：您在 GCT 輔助客運服務區域內的所有行程需求（離固定路線服務 3/4 英里內）都符合條件。
 - 條件性資格：根據您的殘疾性質，有資格加入某些 GCT 輔助客運行程。
 - 無資格：不能使用 GCT 輔助客運。
5. 如果您被發現不符合 GCT 輔助客運服務的條件，但您不認同該決定，您可以對該決定提出上訴。有關申訴程式的資訊將隨您的資格確定書發送給您。

Gwinnett 縣輔助客運再認證申請

今天的日期: _____

第一部分

個人/連絡人資訊

姓 _____ 名 _____ 中間名 _____
首字母 _____

出生日期 _____ / _____ / _____

男 女

住址街道

公寓號: _____ 樓號: _____ 大門密碼: _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

家庭電話: _____ 手機: _____

工作電話: _____

電子郵箱地址: _____

郵寄地址 (如果與住址不同):

街道

公寓號： _____ 樓號： _____ 大門密碼：

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號

主要語言： 英語 西班牙文 韓語 越南語 中文

(指定)： _____

緊急連絡資訊

緊急連絡人姓名： _____

關係： _____

家庭電話： _____ 手機：

工作電話： _____

是否有人協助您填寫此表格？ 是 否

如果需要其他資訊，我們能否聯繫此人？ 是 否

如果是，姓名： _____ 關係：

電話號碼： _____

請列出之前未列出的您的健康和醫療狀況的任何變更：

請將有關您健康或助行器的任何變化通知 GCT，以便我們提供適當的車輛來滿足您的需求。

您是否需要個人護理助理（PCA）？ 是 否

PCA 是與您一起出行，協助您完成日常生活功能的人。

請注意：如果您的狀況或殘疾程度嚴重，我們可能會要求您攜同 PCA 出行。

以下資訊用於確保安排適當的車輛以滿足您的交通需求。

如果您使用助行設備，您使用以下哪種？（可選多項）。

- | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 手動輪椅 | <input type="checkbox"/> 電動輪椅 | <input type="checkbox"/> 電動滑板車 | <input type="checkbox"/> 氧氣 |
| <input type="checkbox"/> 手杖 | <input type="checkbox"/> 拐杖 | <input type="checkbox"/> 助步器 | <input type="checkbox"/> 腿支架 |
| <input type="checkbox"/> 盲人杖 | <input type="checkbox"/> 導盲/服務動物 | | |

申請認證

我特此證明，本申請表中所提供的資訊在我的認知範圍內屬實。我明白如果申請表不完整，將被退回。我理解這次審查的結果將基於我使用常規巴士客運（GCT）的能力，可能需要我提供更多資訊，例如電話或親身面談，或從我的醫生或其他專業人士那裡進行額外的諮詢。我同意如果出於任何原因，包括我使用巴士服務的能力改變而不再需要服務，我將通知 Gwinnett 縣輔助客運。我還理解，不遵守使用 GCT 輔助客運的政策和手續會導致暫停或撤銷我參與此計畫的資格。

申請人簽名： _____

日期： _____

如果申請人以外的人填寫了此申請表，則必須提供以下資訊：

完成申請表的人員姓名：

與申請人的關係：

白天電話號碼：

申請認證
(由申請人填寫)

我特此授權以下執業專業人員，他們可以驗證我的殘疾或與健康相關的情況，將此資訊發送給我當地的公共交通機構。此資訊僅用於驗證我是否有資格獲得輔助客運服務。我理解我有權收到此授權的副本，並且我可以隨時撤銷它。

可以發佈我醫療資訊的專業人員名稱：

街道地址

城市

州

郵遞區號

申請人簽名：

日期：

臨床社會工作者、獨立生活專家、職業治療師、物理治療醫生、理療師、康復專家、聽力學家、眼科醫生、醫生、心理學家、註冊護士或行動專家/講師

第二部分

專業認證

要求您查看申請資訊並簽署此表格的申請人正在申請獲得 Gwinnett 縣輔助客運服務的資格。請仔細閱讀以下資訊，因為它可能會影響您的回復。

誰有資格享受輔助客運？

輔助客運服務僅為因嚴重殘疾而阻礙使用公共交通的群體設計。根據《美國殘疾人法案》（ADA），僅殘疾本身並不給予乘坐輔助客運的資格。此人必須無法使用常規的 Gwinnett 縣客運服務。我們向以下三大類殘疾人群體提供服務：

1. 有特殊缺陷，導致無法使用常規客運服務，不僅限於往返巴士站有困難。
2. 需要輪椅升降機，而所需行程路線上的巴士不配備輪椅升降機。
3. 即使能夠到達巴士站，而且巴士也配備輪椅升降機，但仍無法登上、乘坐或離開普通 GCT 巴士的群體。

什麼是輔助客運？

Gwinnett 縣輔助客運計畫是一項公共資助的服務，為無法使用常規固定路線巴士的殘疾人提供專用無障礙廂式車。輔助客運的廂式車不夠時，也可以使用其他車輛，如計程車。輔助客運是一種到門共用服務，在 Gwinnett 縣內與固定路線巴士同時提供服務。

請查看申請中提供的醫療資訊，酌情填寫驗證並簽署。您提供的資訊將說明我們服務最需要輔助客運的人。

殘疾認證

我（持牌專業人員的姓名，見上一頁註腳），

_____，認證

_____（患者姓名）為嚴重殘疾者，自

_____（日期）起一直是我的患者，其診斷為

發病日期： _____

預後：

對於有認知或精神殘疾的人，請提供 DSM-IV 代碼：

如果診斷是癲癇發作或精神殘疾，目前是否用藥物控制病情？

對於視力殘疾者，請提供視力描述：

請說明此人在使用最有效的助行器時獨立執行以下功能的能力：

	微小或無困難	不適和/或不便	劇烈疼痛和附加損傷	無法執行	不確定/不知道
獨立往返最近的巴士站，最長距離 3/4 英里，有無障礙人行道和路邊斜坡。					
在天氣好的時候，在沒有座位或遮擋的巴士站等待十（10）分鐘。					
認出正確上下車的巴士站。					
根據需要，使用扶手上下三個 10 英寸臺階。					
使用客運巴士上的乘客電梯或坡道上下車。					
安全穿過街道。					
從斜坡走上或走下人行道。					
有效解決問題或判斷安全問題。					
要求、理解和執行出行指示。					
在惡劣天氣（熱、冷、冰、雪）下出行戶外。					

是否有任何其他問題會影響此人在社區中獨立出行的能力？

簽署於 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日。

(持牌專業人士的簽名)

(專業)

營業執照號 (如果適用)

街道地址

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號

電話號碼: _____ 傳真號碼:
