



GWINNETT COUNTY TRANSIT

보조교통수단 재인증 신청서

당신의 귀넷 카운티교통국의 보조교통수단 인증서가 만료되었거나 올 해 만료 될 예정입니다. 모든 귀넷카운티교통국 보조교통수단 고객들은 매 3년 혹은 인증서가 만료 될 때 마다 (예- 일시적 장애 상태) 갱신 신청서를 제출해야 합니다. 지속적인 운영을 위해서는 파트 B (공인 전문가 양식)을 포함한 작성 된 재인증 신청서를 만료 30일 안에 제출해야 합니다. **미완성 된 신청서는 처리되지 않습니다.** 당신의 건강상태에 변화가 없는 한 개인 평가는 요구되지 않습니다.

재인증 신청서는 요구하면 큰 글씨로 프린트 가능 합니다. 신청서는 컴퓨터로 작성되어 깨끗하게 프린트 되어야 합니다. 그렇지 않으면 처리되는데 시간이 오래 걸릴 수도 있습니다.

재인증 신청서 작성요령

1. 당신 스스로 이 신청서를 작성하거나, 당신의 상황에 대해서 잘 아는 사람으로부터 도움을 받을 수 있습니다. 신청서 작성시, 더 정확한 정보를 제공 할수록 GCT가 당신의 교통상황 필요에 따라 최선의 결정을 하는데 도움이 될 것입니다. 신청서 작성에 질문이 있거나 도움이 필요하다면, 귀넷 카운티 교통국 보조교통수단 팀 770-246-4770; 옵션 #2로 전화 주시기 바랍니다.
2. 당신의 장애 상태를 확인하고, GCT의 일반 버스시스템 사용 여부에 대한 당신의 상태를 증명해 주는 보건의로 전문가가 작성 한 파트B (공인 전문가 양식)가 필요합니다. 당신의 신청서를 인증할 수 있는 보건의로 전문가의 예는 아래를 확인하세요:
임상 사회 복지사, 인디펜던트 리빙 스페셜리스트, 직업 치료사, 의사, 물리 치료사, 재활 전문가, 청력 학사, 안과의사, 내과의사, 심리학자, 간호사, 또는 이동 전문가 등
3. 공인전문가양식을 포함하여 신청서를 작성 완료 했다면, 신청서를 귀넷 카운티 교통국 보조교통팀 770-300-9419로 팩스를 보내거나 아래 주소로 우편으로 보내 주시기 바랍니다.

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

4. 신청서 확인 및 적격성은 **완성 된 신청서**의 접수일로부터 21일안에 결정 됩니다. 또한 필요하다면 인터뷰 및 기능평가가 요구 될 수 있습니다. 지속적인 서비스의 가능여부에 따라 편지를 받을 것입니다. 이 리뷰는 당신의 일반 버스 서비스 사용 가능여부를 기본으로 평가 됩니다. 심사자가 본인이나 보건 의료 전문가로부터 추가적인 정보를 요구 할 수도 있습니다. 공인 된 보건 의료 전문가의 검증이 보조교통수단 서비스에 자동적으로 자격을 부여하지는 **않습니다**. 개인평가에 의해서, 당신은 아래 자격이 부여 될 수 있습니다:

- 완전한 자격: GCT 보조교통수단 서비스 지역 내 모든 이동에 사용 자격 (고정 노선 서비스 내 3/4 마일)
- 조건부 자격: 장애 특성에 따른 특정 이동에 대한 GCT 보조교통수단 서비스 사용 자격
- 무자격: 보조교통수단 서비스 이용 자격 없음

5. 만약 GCT 보조교통수단 서비스에 무자격 판정이 받았지만 결정에 동의하지 않는다면, 항소를 신청할 수 있습니다. 항소 절차에 관한 정보는 자격여부 결정 편지와 함께 동봉되어 있습니다.

귀넷 카운티 교통국 보조교통수단 재인증 신청서

오늘 날짜: _____

섹션 1

개인/연락 정보

성 _____ 이름 _____ 미들네임 _____

생년월일 _____/_____/_____

남성

여성

주소 _____

아파트 번호: _____ 빌딩 번호: _____ 게이트 코드: _____

시티 _____ 주 _____ 우편번호 _____

집 전화번호: _____ 휴대전화 번호: _____

직장 번호: _____

이메일 주소: _____

우편물 주소 (집 주소와 다르다면):

주소 _____

아파트 번호: _____ 빌딩 번호: _____ 게이트 코드: _____

도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

기본 언어: 영어 스페인어 한국어

베트남어 중국어 그 외 (열거): _____

긴급연락 정보

긴급 상황 시 연락 이름: _____

관계: _____

집 전화번호: _____

핸드전화번호: _____

직장 번호: _____

신청서 작성 시 누군가의 도움을 받았습니까? 네 아니오

추가적인 정보가 필요하다면 이 사람에게 연락을 취해도 될까요? 네 아니오

만약 '네'에 응답했다면, 이름: _____ 관계: _____

핸드폰 번호: _____

이전에 언급하지 않은 건강상태 변화가 있다면 기입해 주세요:

건강상태 및 이동 보조기구 변화를 GCT에 알려주시면, 필요에 충족시킬 수 있는 적절한 이동수단을 제공 해 드리겠습니다.

개인 간호원(PCA)의 도움이 필요한가요? 네 아니오

개인 간호원(PCA)는 이동 시 일상생활을 위해 당신을 돕습니다.

알림: 당신의 상태나 장애정도가 심각하다면, 이동 시 PCA를 요구 할 수 있습니다.

아래 정보는 당신이 필요한 교통수단을 제공하는데 스케줄을 확인하는데 사용 됩니다.

어떤 이동 보조기구가 필요한가요? (모두 표시)

휠체어

전동 휠체어

스쿠터

산소

지팡이

목발

워커

다리 깁스

시각장애 지팡이

서비스 에니멀

신청 증명서

나는 나의 지식에 의거하여, 이 신청서에 명시 된 정보를 증명합니다.. 이 신청서가 완전히 작성되지 않을 경우, 반송 될 것을 이해했습니다. 또한 저는 신청서 검토 결과가 일반 대중교통 (GCT)의 나의 이용가능성여부에 의해 결정되며, 휴대전화나 인터뷰를 통한 추가정보 제공과 주치의나 다른 전문가와의 상담이 추가적으로 요구 될 수 있다는 것을 이해했습니다. 저는 대중교통사용 능력의 변화를 포함 한 어떠한 이유로 이 서비스가 더 이상 필요 없을 때 귀넷 카운티교통국 보조교통수단 팀에 알릴 것을 동의 합니다. 저는 또한 GCT 보조교통수단 사용의 정책과 절차를 충실히 지키지 않을 경우, 이 프로그램 이용 자격의 박탈 또는 정지가 될 수 있음에 동의합니다.



신청자 사인: _____

날짜: _____

신청자가 아닌 다른 사람에 의해서 신청서가 작성되었다면, 제공 해야할 추가정보:

신청서 작성자 이름: _____

신청자와의 관계: _____

휴대전화 번호: _____

신청 증명서

(신청자 작성 필)

저는 나의 장애나 건강과 관련 된 컨디션을 증명하는 아래 공인 전문가에게 지역 공공 교통 에이전시에 정보를 제공할 권한 부여에 동의 합니다. **이 정보는 보조교통수단 서비스 이용을 위한 나의 자격을 증명하기 위해서만 제공 될 것입니다.** 나는 허가증 사본을 수령하고, 언제든지 이를 정지 시킬 권리가 있습니다.

내 의료 정보 제공 전문가 이름:

주소 _____

도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____



신청자 사인: _____

날짜: _____

임상 사회 복지사, 인디펜던트 리빙 스페셜리스트, 직업 치료사, 의사, 물리 치료사, 재활 전문가, 청력 학사, 안과 의사, 내과 의사, 심리학자, 간호사, 또는 이동 전문가 등

섹션 2

공인 전문가 인증서

본 귀넷 카운티 교통국 보조교통수단 서비스 신청서를 검토하고 사인 해 주시기 바랍니다. 책임이 요구 될 수 있으므로, 아래의 정보를 주의 깊게 검토 해 주시기 바랍니다.

보조교통수단 서비스 이용 자격?

보조교통수단 서비스는 오직 장애로 인해 대중교통 이용이 어려운 시민들을 위해서 고안되었습니다. 미국 장애인 법에 의거하여, 장애 하나만으로는 보조교통수단 이용 자격이 부여되는 것은 아닙니다. 신청자는 기능장애로 인해 귀넷 카운티 대중교통을 이용하는데 어려움이 있어야 합니다 이 서비스는 아래 세 그룹의 장애우에게 제공됩니다:

1. 버스정류장으로 이동이 어려운 경우 뿐 아니라 일반 대중교통서비스 이용이 힘든 특수 장애를 가진 장애우
2. 휠체어 리프트가 필요하거나 휠체어 리프트 기능이 있는 버스의 노선을 이용 할 수 없는 장애우.
3. 버스정류장으로 이동이 가능하거나 휠체어 리프트 기능이 있는 버스의 노선 이용이 가능하지만, GCT 버스 승/하차가 불가능한 장애우

보조교통수단이란?

귀넷 카운티 교통국 보조교통수단 프로그램은 일반 고정 노선 버스를 이용 할 수 없는 장애를 가진 시민을 위해 특수화 된 접근이 용이한 벤을 제공해주는 프로그램입니다. 보조교통수단 벤 배차가 가능하지 않을 때 택시와 같은 다른 차량을 배차 해 줍니다. 보조교통수단은 고정 노선 버스 서비스 시간과 함께 귀넷 카운티내에서 운영하는 출발지에서 도착지까지 안내하는 합승 서비스입니다.

신청서에 제공 된 의료정보를 검토한 후 증명서를 적절히 작성하시고 사인 하십시오. 제공 된 정보는 보조교통수단을 필요한 시민에게만 제공되도록 노력하는데 큰 도움이 됩니다.

장애 증명서

나 (공인 전문가의 이름, *이전 페이지 풋 노트 참조*), _____, 는
 _____ (환자 이름)은 _____ (날짜) 부터 나의 환자이며, 심각한
 장애를 가진 것을 증명합니다. 진단명은 아래와 같습니다.

 _____.

발병일: _____.

예후: _____.

인지장애 혹은 정신 장애의 경우, DSM-IV 코드를 기입해 주십시오:

 _____.

발작 장애 혹은 정신장애의 경우, 현재 약물 치료 중인가요?

_____.

시각장애인 경우, 시력 진술서를 제공 해 주십시오:

 _____.

아래 기능 중 가장 효과적인 이동 도구를 이용하여 독립적으로 수행 할 수 있는 개인의 능력
 정도를 표시 해 주십시오:

	조금 또는 어렵지 않음	불편하거나 편리하지 않음	심각한 고통 및 추가적인 장애	수행 불가능	확실치 않음/ 모름
버스정류장까지 인도와 커브컷을 통해 독립적으로 최대 3/4마일 까지 이동 가능한가					
날씨가 좋다면, 의자나 정류장 지붕이 없는 버스 정류장에서 약 10분정도 기다릴 수 있는가					
승/하차 할 정확한 버스 정류장 이름은 무엇인가					
손잡이를 이용하여 10인치 세 계단을 오르내릴 수 있는가					

