

ADA* 辅助客运资格申请表

Davis Community Transit

1818 5th Street
Davis, CA 95616
(530)747-8240
传真: (530)297-5410

仅限办公室使用	仅限办公室使用	仅限办公室使用
---------	---------	---------

您在申请表中提供的信息将会被戴维斯社区客运服务记录进档案，并在其服务期间用作参考。

第一部分：个人信息

请完整的填写下列信息，未完成的申请表将会被退回，并且您的资格申请将会被延后

姓名 _____ 性别 _____
姓 名

住址 _____
街道 (公寓号) 市 州 邮政编码

邮寄地址 _____
街道 (公寓号) 市 州 邮政编码

出生日期 _____ 邮箱地址 _____

联系电话 _____
工作 家庭 个人

联系人信息：请提供一位紧急联系人的信息

姓名 _____ 与申请人关系 _____

住址 _____
街道 (公寓号) 市 州 邮政编码

联系电话 _____
工作 家庭 个人

第一次申请 或 重新申请

*根据美国残障人士法，我们需要您提供以上的所有信息

第二部分：ADA辅助客运资格

您的健康状况只是决定您能否得到辅助客运资格的一部分。我们需要详细了解您的健康状况，以及为什么这个病状妨碍您正常乘坐和使用戴维斯市内提供的公共交通系统（Unitrans和Yolobus）。在我们了解了您的健康状况后，才能继续进行您的辅助客运资格申请流程。请您详细的填写以下的问题（如果您需要更多的空间填写您的症状，请使用额外的白纸）。

1. 请详细的描述，您的什么健康状况，影响了您正常乘坐和使用戴维斯市内提供的公共交通系统？

2. 请详细的描述，为什么您的这一状况，妨碍了您乘坐和使用有固定路线的巴士系统？

3. 您描述的这些症状是： 永久并不可逆转的 暂时的 不确定
如果您的症状是暂时的或者您不确定，请详细的描述这些症状可能持续的时间：

4. 您需要的辅助设施：

下列的那些是您正在使用或会使用的辅助设施（请勾出您所需要的所有工具）

手动轮椅	手杖	个人护工
自动轮椅	盲杖	服务动物
助行电动车	拐杖	其他: _____
助行器	携带型氧气	不需要任何助行工具

5. 您和您所使用的辅助设施的总重量是否超过600磅？

是 否 不适用

6. 乘车时，您将如何上车： 使用台阶 使用升降机

7. 在没有帮助的情况下，您可以连续使用您的辅助工具行动多远的距离？

距离: _____ 时间: _____

8. 在没有帮助的情况下, 您能够在没有座椅的公交车站等待多长时间?
一分钟都不行 1-10 分钟 10-20 分钟 20 分钟以上

9. 在有需要的情况下, 您能否记住并提供您的联系电话和住址?
总是 经常 有时 偶尔 不行

10. 您能否处理和携带硬币, 车票和换成票?
总是 经常 有时 偶尔 不行

11. 您能否独立的乘车 (阅读时间表/地图和路牌, 辨别界标性建筑, 等)?
总是 经常 有时 偶尔 不行

您乘坐公共交通和行动的能力是否会受到天气, 及环境障碍的影响 (极端温度, 没有人行道, 没有斑马线和红绿灯, 车站的距离等) 否 是

如果您回答了“是”, 请详细描述您的情况: _____

第三部分：申请人证明

本人特此证明, 以上叙述的所有信息在我的认知范围内, 表达了本人最真实的情况.

申请人签名

日期

如果您需要我们与任何其他的客运服务公司分享您的信息, 请勾选此栏, 并注明:

客运公司名做分享: _____

如果此申请表是由, 申请人以外的人员填写完成的, 请在下面提供您的个人信息:

姓名 与申请人的关系

街道 市 州 邮政编码

工作电话

家庭电话

手机

签名

日期

第三部分：专业人士证明

请指定一位熟悉您病情的专业医疗保健设施提供者:

提供者名

联系电话

单位地址

门牌号

市

州

邮政编码

我, _____, 给予我的专业医疗保健设施提供者权利, 与戴维斯社区客运 (DCT) 沟通有关于我健康状况的话题, 并向其证明我有资格使用辅助客运系统的服务。此证明将在签名日期的30天后失效。

申请人签名

日期

以下的问题需要由熟悉申请人病情的专业医疗保健设施提供者填写完成

请从头审查申请人填写的申请表。根据您的专业意见并根据您对申请人病情的了解, 以上的回答是否反映了申请人的真实情况? 是 否

如果申请表中有任何不真实的回答, 或您认为有任何额外的信息和情况需要我们了解的话, 请详细描述:

本人特此证明，我熟悉申请人的病情。我审查了申请人填写的申请表，并认同申请人的病情影响了其乘坐和使用有固定路线的公共交通系统的能力。

签名

日期

请用正楷书写您的姓名和头衔 _____

专业执照，注册或证明号 _____

州 _____