

**马萨诸塞州《美国残疾人法案》(ADA)  
辅助交通服务 (Paratransit) 申请表**

请注意，本申请中提供的任何信息都将被严格保密，仅在必要时与提供辅助交通服务的专业人员共享。

**本申请可提交至附件 A 中列出的各地区交通管理局 (RTA)。**

<b>A. 个人信息</b>							
姓：		名：					
出生日期：		常用名：					
<b>B. 现住地址</b>							
街道地址（包括楼号、公寓号或房间号）：							
城市：		州：	邮政编码：				
住所类型：							
<input type="checkbox"/>	独栋住宅	<input type="checkbox"/> 多户住宅					
<input type="checkbox"/>	公寓或共管公寓	名称：					
<input type="checkbox"/>	护理或辅助生活设施	名称：					
<input type="checkbox"/>	大学或学院	名称：					
其他：							
是否为临时住所：            是            否							
<b>C. 邮寄地址（如与现住地址不同）</b>							
街道地址（包括楼号、公寓号或房间号）： _____（如与上述地址相同，请勾选此处）							
城市：		州：	邮政编码：				
<b>D. 联系方式</b>							
主要电话：		备用电话：					
电子邮箱（可填可不填）：							
首选联系方式：							
<input type="checkbox"/>	电话	<input type="checkbox"/>	电子邮件	<input type="checkbox"/>	邮寄	<input type="checkbox"/>	短信（若地区交通管理局提供短信联系方式）
首选语言：							
<b>E. 紧急联系人</b>							
姓：		名：					
与申请人的关系：		所属机构（如适用）：					
主要电话：		备用电话：					



您在出行时是否使用以下任何辅助设备？		
手动轮椅*	电动轮椅*	电动代步车*
助行器	手杖	长白手杖
氧气设备	沟通辅助设备	拐杖
服务性动物	呼吸器	其他：
* “轮椅”一词指任何可在室内使用的三轮或多轮设备。如果（1）升降设备和车辆能够容纳该轮椅，且（2）符合合法的安全要求，我们将能够提供轮椅使用支持。合法安全要求包括但不限于以下情况：轮椅尺寸过大可能阻塞通道或妨碍紧急情况下的乘客安全疏散，以及/或在使用者坐上后超过车辆规格所能承受的重量。		

### H. 固定路线公交服务使用经验

您是否曾乘坐过固定路线公交？

是 多久乘坐一次？通常前往哪些地点？

如果目前没有乘坐，请说明原因？

部分服务提供商提供出行培训（Travel Training），这是一项免费服务，教授如何使用固定路线公交服务。如果您所在地区提供此服务，您是否有兴趣获取更多信息？

否 是

### I. 功能能力

如果有人向您演示一次，您能找到公共公交站吗？

是 否 有时

您能够安全行走多远？（如有需要可使用辅助行走设备） \_\_\_\_\_ 英尺 \_\_\_\_\_ 街区

您能上/下缓坡吗？ 是 否 有时

您能看到/识别马路边缘、坡道及其他下沉区域吗？ 是 否 有时

您能在固定路线公交站站立并等待多长时间？ \_\_\_\_\_ 分钟

您能在乘车时识别站点并请求下车吗？ 是 否 有时

您能独立上下固定路线公交车吗？所有地区交通管理局（RTA）车辆都配有升降设备、坡道或可降低高度，并且可无障碍使用。 是 否 有时

如选择“否”或“有时”，请说明原因：

您能请求、理解并遵循出行指示吗？ 是 否 有时

如选择“否”或“有时”，请说明原因：

**J. 障碍因素**

哪些环境因素使您难以使用固定路线公交服务？

缺少路缘切割/坡道	陡坡	没有人行道
需要穿越的繁忙街道	没有人行横道信号灯/语音提示	人行道状况差
地面有雪/冰	其他 (请描述):	

请说明您所列环境条件为何使您使用固定路线公交服务困难：

**K. 申请人确认**

在下方签名，即表示您确认所提交的申请信息据您所知均属真实。

申请人签名：

日期：

如申请人无法签名，法定监护人必须代表其签名：

法定监护人签名：

日期：

**J. 障碍因素**

哪些环境因素使您难以使用固定路线公交服务？

缺少路缘切割/坡道	陡坡	没有人行道
需要穿越的繁忙街道	没有人行横道信号灯/语音提示	人行道状况差
地面有雪/冰	其他 (请描述):	

请说明您所列环境条件为何使您使用固定路线公交服务困难：

**K. 申请人确认**

在下方签名，即表示您确认所提交的申请信息据您所知均属真实。

申请人签名：

日期：

如申请人无法签名，法定监护人必须代表其签名：

法定监护人签名：

日期：

## 专业人员验证请求

患者表示您可以提供有关其残疾情况及其对使用公共交通服务能力影响的信息。联邦法律要求地区交通管理局（RTA）为无法使用现有无障碍固定路线公交服务的人员提供辅助交通服务。（固定路线服务是指车辆按照固定、预定路线运行并停靠固定站点的交通服务。例如，总是沿同一路线行驶的城市公交车即属于固定路线系统。）请注意，任何使前往或离开上下车地点或乘坐固定路线系统变得更困难或不舒适的情况，并不构成获得辅助交通资格的理由。您提供的信息将帮助我们评估申请及其针对特定行程请求的适用性。

申请人/患者姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

申请人的功能能力信息	
导致残疾的医疗/临床诊断:	
请说明申请人的残疾或健康相关状况如何阻碍其独立使用固定路线公交服务:	
该残疾或健康相关状况属于:	
永久性的	如果是永久性的，其状况是否预计会发生变化 是 否
暂时性的	预计持续时间:
不确定	
该健康状况或残疾是否每天都在变化，从而影响其使用公共公交服务的能力? 是 否 有时	
如选择“是”或“有时”，请说明原因（例如：极端温度、药物副作用等):	
申请人是否需要个人护理员（Personal Care Attendant）来完成日常任务? 是 否 有时	
我在此确认已完成本专业验证表中的所有问题，并且据我所知所提供的信息正确无误。	
医疗服务提供者签名:	
印刷体姓名:	日期:
执照号码#	有效期至: