

致： 申请 ADA（美国残疾人法案）补充辅助交通服务的人士

随函请查阅 ADA 资格申请表（A 部分）和医疗保健服务提供者表格（B 部分）。

A 部分应由申请人填写。

B 部分应由您的医疗保健服务提供者填写。

两部分都填好后，您或您的医疗保健服务提供者应将 A 和 B 部分寄回至：

MW RIDE

15 Blandin Ave

Framingham, MA 01702

ATTENTION: ADA Director

认证过程将在 MWRTA 收到填写完整的原始申请表后的二十一（21）个日历日内完成。

我们会在审查您的申请后以普通邮件的方式联系您。您将收到一封说明您资格条件的信函。如果您的申请被拒绝，信内将包括我们的申诉过程的说明。

* 请仔细阅读申请表；任何遗漏信息的申请表都不会被认证，并将被退回给申请人。

如有任何疑问，请致电：

MW 呼叫中心 508-820-4650

如有未填写的部分，申报表将被退回。

A 部分:

由申请人填写

此认证过程中收集的信息仅由 MetroWest 地区交通管理局（MetroWest Regional Transit Authority）用来提供 ADA 补充辅助交通服务。此信息不会提供给任何与 ADA 交通服务用途无关的其他个人或机构。

认证过程将在 MWRTA 收到填写完整的原始申请表后的二十一（21）个日历日内完成。

此申请的批准取决于一个人能否独立使用固定路线的公交车系统。

可根据要求提供其他格式

请工整填写

姓名: _____

地址: _____

城市: _____ 邮政编码: _____

电话号码: 家中 _____ 工作地点 _____ 手机 _____

出生日期: _____ 男性 _____ 女性 _____

紧急联系信息:

姓名: _____ 关系: _____

电话号码: 家中 _____ 工作地点 _____ 手机 _____

如果您是一名退伍军人{ }，或退伍军人的直系亲属{ }，请勾选相应选项。

直系亲属指的是配偶、父母或祖父母、子女或孙子女、兄弟姐妹、配偶的父母、配偶的兄弟姐妹、女婿和/或儿媳。收养、同父异母或同母异父，以及继兄弟姐妹也包括在内。

如有未填写的部分，申报表将被退回。

1. 您有哪些妨碍您使用 MWRTA 固定路线服务的残障或健康问题？请描述所有影响您出行的残障或健康问题： _____

2. 您的残障如何妨碍您去公交车站和从公交车站回家？

3. 您使用以下任何助行工具或设备吗？

(请选择所有适用选项)

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ 手杖 | ☐ 手动轮椅 | ☐ 其他： _____ |
| ☐ 盲杖 | ☐ 电动轮椅 | ☐ 服务性动物（请说明） |
| ☐ 腋下拐杖 | ☐ 代步车 | _____ |
| ☐ 助行器 | ☐ 氧气 | ☐ 以上皆无 |

注： 只要在升降机和车辆的安全操作范围内，将提供轮椅（无论大小或重量）的运输服务。

4. 在最佳情况下，您在没有其他人协助时能步行或使用助行工具出行多远的距离？

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| ☐ 不到 1 个街区 | ☐ 2 个街区（1/4 英里） | ☐ 6 个街区（3/4 英里） |
| ☐ 1 个街区 | ☐ 4 个街区（1/2 英里） | ☐ 超过 6 个街区 |
| ☐ 我完全无法独自出行 | | |

5. 在没有其他人协助时，您能否？

要求并理解书面或口语指示

0 总是 0 有时 0 完全不行 0 不确定

请说明： _____

穿越街道和路口？

0 总是 0 有时 0 完全不行 0 不确定

请说明： _____

在没有地方坐下时站立（10）十分钟？

0 总是 0 有时 0 完全不行 0 不确定

请说明： _____

迈上或走下人行道的路牙？

0 总是 0 有时 0 完全不行 0 不确定

请说明： _____

在有人为您指引一次路线后，能够独自前往公交车站？

0 总是 0 有时 0 完全不行 0 不确定

请说明： _____

在有扶手时上下（3）三级台阶？

☐ 总是 ☐ 有时 ☐ 完全不行 ☐ 不确定

请说明： _____

从一条固定路线的车辆换到另一辆车？

☐ 总是 ☐ 有时 ☐ 完全不行 ☐ 不确定

请说明： _____

如果您搭乘的车辆出现故障，能够应对意外情况（例如公交车上的大声噪音或延误）？

☐ 总是 ☐ 有时 ☐ 完全不行 ☐ 不确定

请说明： _____

6. 您独自出行的能力是否会受到严寒或酷暑天气的影响？

☐ 总是 ☐ 有时 ☐ 完全不会 ☐ 不确定

请说明： _____

7. 您的残障是暂时性的吗？

☐ 是 大约终止日期： _____

☐ 否

☐ 不确定

8. 您出行时是否需要一名陪护或助理人员？即个人护理助理（PCA）（乘车人必须有自己的随行 PCA）

☐ 是 ☐ 否 ☐ 有时

9. 您还想为我们提供哪些关于您的残障或健康问题的信息，以便我们更好地了解您的出行能力和限制？

尽我所知，我证明此申请表中包括的内容是真实准确的。

（故意提供虚假或误导性信息可能会导致被拒绝 ADA 补充辅助交通服务。）

申请人

签名：_____

如果此申请表由申请认证之人以外的其他人员填写，则填表人必须完成以下内容。

姓名：_____

地址：_____

城市：_____ 邮政编码：_____

电话号码：家中 _____ 工作地点 _____ 手机 _____

签名：_____ 日期：_____

为妥善评估您的申请，MetroWest 地区交通管理局可能需要联系您的执照医疗保健专业人士。请勾选相应选项，并为信息和授权目的填写以下内容。

☐ 我的医生

☐ 执照医疗保健专业人士

☐ 康复专业人士

熟悉我的残障状况，并被授权向 MetroWest 地区交通管理局（或其指定方）提供完成此认证可能需要的必要信息。

姓名：_____

地址：_____

城市：_____ 邮政编码：_____

电话号码：家中 _____ 工作地点 _____ 手机 _____

A 部分结束

消费者过去曾经索求过《民权法案》第 6 章 (Title VI) 中被视为极其重要的文件。我们目前有这些重要文件的西班牙语和葡萄牙语的版本。如需此类信息的其他语种版本，请拨打 (508) 935-2222 联系 MWRTA。

西班牙语: Si necesita información en otro idioma, comuníquese con MWRTA al (508) 935-2222.

葡萄牙语: Se as informações forem necessárias em outro idioma, entre em contato com MWRTA em (508) 935-2222.

俄语: Если необходима информация на другом языке, свяжитесь с MWRTA по телефону (508) 935-2222.

波兰语: Jeśli potrzebne są informacje w innym języku, prosimy o kontakt z MWRTA pod numerem (508) 935-2222.

中文普通话: 如果需要其他语言的信息，请致电 (508) 935-2222 与 MWRTA 联系。