

**填写表格时请使用 tab
键在字段之间跳转。填写完成后请打印表格。**

HandiVan 申请
(由申请人完成)

常规信息

姓名：_____

地址：_____ 电话：_____

城市/州/邮编：_____

生日：_____ 社会安全号码：_____

紧急情况联系人姓名：_____

电话：_____ 关系：_____

申请人核实：

请表达您寻求 ADA 残疾人士资格的原因 (选择所有适用原因)：

_____ 我可以无障碍、固定路线的城市公交车去某些地方，但在一些特定情形下，
我就无法使用无障碍、固定路线的城市公交车。

_____ 因为我的残疾，我永远都不能使用无障碍、固定路线的城市公交车。

我理解，这份评估表的目的是为了确定是否有些时候我不能使用 StarTran 提供的无障碍、固定路线城市
公交服务，因此必须使用 HandiVan 服务。本人理解，此申请表内有关本人残疾状况的资料将会保密，
并只与评估本人是否符合资格的专业人士分享。本人保证，就本人所知，此评估表所填报的信息是真实而准确的。
本人明白，提供虚假或具误导性的资料可能会导致本人的申请资格被审核，以及 StarTran 可能采取的其他措施。

申请人签名：_____

日期：_____

1. 哪些类型的残疾使您无法使用无障碍、固定路线的城市公交车服务？（选择所有适用项）。

身体疾病

____ 无

____ 癌症治疗中

____ 糖尿病

____ 透析

____ 其他（请说明） _____

骨头和关节疾病

____ 无

____ 关节炎

____ 骨质疏松症

____ 截肢部位 _____

____ 骨折（请指定） _____

____ 其他（请说明） _____

脑部/神经/肌肉疾病

____ 无

____ 阿耳滋海默氏病

____ 脑创伤

____ 大脑性麻痹

____ 痴呆

____ 失智症

____ 癫痫

____ 多发性硬化

____ 下半身瘫痪

____ 帕金森氏症

____ 脊髓灰质炎后遗症

____ 四肢麻痹

____ 中风

____ 其他（请说明） _____

心脏和循环系统疾病

____ 无

____ 水肿

____ 心脏病

____ 其他（请说明） _____

肺部和呼吸系统疾病

____ 无

____ 哮喘

____ 慢性阻塞性肺病

____ 肺气肿

____ 肺癌

____ 其他（请说明） _____

视力/听力/语言表达疾病

_____ 无

_____ 聋

_____ 聋哑

_____ 糖尿病视网膜病

_____ 青光眼

_____ 稍聋

_____ 法定失明

_____ 夜盲

_____ 丧失语言能力

_____ 其他（请说明）_____

发育或精神疾病

_____ 无

_____ 发育方面的疾病

_____ 轻微

_____ 中等

_____ 重症

_____ 智障

_____ 轻微

_____ 中等

_____ 重症

_____ 自闭症

_____ 唐氏综合征

_____ 情绪失调症

_____ 精神病

_____ 其他（请说明）_____

请详细描述您的疾病/残疾_____

2. 疾病/残疾是临时性质还是永久性？

_____ 永久性

_____ 临时性；我预计持续_____

_____ 我不知道

3. 您的疾病/残疾状况是否有时发生变更并且影响您使用无障碍、固定路线的城市公交车服务？

_____ 否

_____ 是（请说明）_____

4. 请注明您是否使用下列助行器或器材。（选择所有适用项）。

_____ 手杖

_____ 拐杖

_____ 腿支架

_____ 助行器

_____ 字母/图片交流板

_____ 便携式氧气装置

_____ 电动代步车/座椅

_____ 电动轮椅

_____ 手动轮椅

_____ 服务型动物

_____ 其他（请说明）_____

5. 在市区出行时，您是否需要个人护理助理(PCA)(帮助您处理日常生活事务的人)的帮助？

_____ 否

_____ 是

6. 您以前是否曾经使用过无障碍、固定路线的城市公交车服务？

_____ 是，我使用过无障碍、固定路线的城市公交车服务

每周大约 _____ 次

_____ 是，我以前乘坐过但是不再坐了，原因是 _____

_____ 否

7. 是否有些措施可以帮助您乘坐无障碍、固定路线的城市公交车？（选择所有适用项）。

_____ 是，路线和时间表信息

_____ 是，学习使用无障碍公交车

_____ 是，交流助手

_____ 是，如果公交车离我住的或者要去的地方更近一些

_____ 是（请说明） _____

_____ 否，这些都不会有所帮助

8. 您能要求说明并按照书面或口头的说明信息使用无障碍、固定路线的城市公交车吗？

_____ 是

_____ 否

_____ 有时

_____ 我不知道，因为我从来没有尝试过使用无障碍、公交车服务

如果答案为否或有时，请选择所有适用项。

_____ 我太困惑了，可能会迷路

_____ 别人听不懂我的话

_____ 如果有指导说明的话，我可能可以

_____ 其他（请说明） _____

9. 您能自己去公交车站并回来吗？

_____ 是

_____ 否

_____ 有时

_____ 我不知道，因为我从来没有试过

如果答案为否或有时，请选择所有适用项。

_____ 如果没有坡道，我就无法出行

_____ 如果街道或者人行道太陡，我就无法出行

_____ 我不能在交通繁忙的街道或十字路口过马路

_____ 天气太热时，我不能出行

_____ 天气太冷时，我不能出行

_____ 因为视力问题，我晚上找不到路

_____ 我很困惑，找不到路

_____ 如果有说明和指导信息，我可能就可以了

_____ 其他（请说明） _____

10. 如果使用助行器或自己独立出行，您可以走多远？

- ☐ 我不能离开家在外出行
- ☐ 我能够走到家门口的坡道
- ☐ 我最多能走四个街区
- ☐ 我能走超过四个街区

11. 您是否能在公交车站等待无障碍、固定路线的城市公交车吗？

- ☐ 否（请解释） _____
- ☐ 是，但只有在汽车站设有长椅和/或候车室的情况下才可以
- ☐ 是，但是最多 _____ 分钟

12. 您是否能作到能上能下无障碍、固定路线的城市公交车？（注：StarTran 固定路线的巴士现在有轮椅升降机和一个降低台阶高度的“脚板”。如果乘客觉得台阶太高，可以站在升降机上下车。）

- ☐ 是
- ☐ 否
- ☐ 有时
- ☐ 我不知道，因为我从来没有试过

如果答案为否或有时，请选择所有适用项。

- ☐ 我不想使用升降机（请解释） _____
- ☐ 如果有说明指导信息，我可能就可以了
- ☐ 其他（请说明） _____

13. 如果您能自行上下无障碍、固定路线城市公交车，您是否知道在哪里下车或者能够自己找到这一信息？

- ☐ 是
- ☐ 否
- ☐ 有时
- ☐ 我不知道，因为我从来没有试过

请选择所有适用项。

- ☐ 我很困惑，不记得我要去哪里
- ☐ 如果司机大声宣布站名，我就可以
- ☐ 如果有培训，我可能就可以
- ☐ 其他（请说明） _____

14. 您是否患有限制您使用无障碍、固定路线城市巴士服务的疾病？

- ☐ 否
- ☐ 是（请具体说明） _____

出行培训是一对一的个人指导，教授个人如何使用无障碍、固定路线的城市公交车服务。

15. 您是否曾接受过使用无障碍、固定路线城市公交车方面的个人指导？

☐ 否

☐ 是，我通过代理得到个人指导（名称） _____

☐ 是，我从朋友/亲属那里得到了个人指导

列出您已经学会了所有技能。

☐ 来去公交车站

☐ 过马路

☐ 乘坐特定路线（请列出路线） _____

☐ 阅读公交车时间表并计划路程

☐ 其他（请说明） _____

您是否完成了上述说明？

☐ 是

☐ 否

16. StarTran 为任何有兴趣学习如何乘坐无障碍、固定线路公交车的人提供免费的出行培训。

您是否对此服务方面的信息有兴趣？

☐ 是

☐ 否

请填写本页后再交回您的申请。列表上的任何一位专业人士都可以签署本申请。如果本页未由专业人士签署，申请将被退回给您，这将延误资格确定的进程。

专业验证表格

请选择一项

- ☐ 职业康复顾问
- ☐ 语言病理学家
- ☐ 特殊教育教师
- ☐ 社会工作者/案例工作者
- ☐ 资深项目主任
- ☐ 呼吸治疗师
- ☐ 心理健康辅导员
- ☐ 心理医师
- ☐ 医疗机构雇佣的康复治疗师
- ☐ 精神病学家
- ☐ 医生助理
- ☐ 医生
- ☐ 理疗师
- ☐ 职业理疗师
- ☐ 执业护士
- ☐ 普通护士
- ☐ 正骨师

《1990 年美国残疾人保护法》(ADA)是一项民权法案，要求公共交通机构为残疾人士提供辅助交通服务，使他们在某些时候和所有时候都能够使用无障碍、固定路线的公交车服务。如果人们由于患有残疾并且符合以下情况，则可能符合出行辅助服务：

1. 需要乘坐升降机才能出行，而公交车没有升降机
2. 无法独立到达汽车站或者从汽车站回家，或无法上下车无障碍公交车，或
3. 无法理解如何完成公交车旅程

您所提供的资料将有助我们为申请人作出适当的决定。通过专业验证来审核申请人在申请表上所填写的内容的准确性。可能联系专业人士进一步了解申请表的内容。

所有信息都将保密。感谢您的协助。

申请人签名：_____

阻碍申请人乘坐配备升降机的无障碍、固定路线城市公交车的医疗诊断、身体或认知方面的疾病：_____为
疾病是临时性的吗？_____如果是，多久？_____
例外/添加信息 _____

本人证实此申请所含信息就我的知识和能力而言是真实准确的。

签名：_____日期： _____
正楷书写姓名： _____电话： _____
门诊/代理： _____
地址： _____城市/州/邮编： _____