



美国残疾人法案(ADA)辅助客运 资格申请

仅供官方使用
收到日期：
收件人：

什么是辅助客运？

美国残疾人法案 (ADA) 是一项联邦法律，它保障残疾人士充分和平等获得与非残疾人士相同的服务和住宿。根据 ADA，运行规定路线的公共交通（固定路线服务）必须可供残疾人士使用。当残疾乘客无法使用固定路线系统时，ADA 规定公交系统必须提供补充的辅助客运系统服务。

对于因具符合条件残疾而无法在固定路线巴士上进行部分或全部旅行的乘客，MTD 提供一种起点到终点的共享乘车服务，称为辅助客运系统。该服务可用于任何符合条件的乘客在 MTD 区边界内旅行或前往边界外最多四分之三 (0.75) 英里的地点。辅助客运服务必须至少提前一天预订。用于这项服务的车辆皆配备了升降机以辅助移动设备。辅助客运服务与固定路线服务具相同的运营日期和时间。

谁有资格？

ADA 辅助客运的资格决定基于申请人取得和使用固定路线巴士服务的能力。每个申请者都根据具体情况进行评估，而**不是**一个受医学诊断影响的决定。

ADA 辅助客运服务是一个“安全网”，提供给因功能限制而无法使用固定路线服务的人。如美国交通部 ADA 条例中 49 CFR 37.123(e) 所述，资格仅限于某些类别的个人：

- 任何缺乏其他人（巴士司机除外）协助无法在无阻碍车辆上车、乘车或下车的残障人士；
- 任何可以使用无障碍车辆但路线不可达的残疾人，或升降机不符合 ADA 标准；
- 任何患有特定障碍相关疾病而无法往返上车地点的残障人士

以下示例**不会**自动建立资格：

- 公交系统不符合您的个人时间表；乘公共汽车旅行时间太长；巴士不服务您旅行的目的地；
- 对公交系统不熟悉或缺乏经验；
- 补充保障收入 (SSI)、社会保障局 (SSA) 或退伍军人事务部 (VA) 的残疾证明；
- 居住在没有定期固定路线服务的地区；
- 害怕乘坐固定路线服务；
- 使用巴士系统可能会较困难或较不舒服。

申请流程

收到**完整的**ADA 辅助客运资格申请后，评估期最长为二十一 (21) 日历日。在此期间，MTD 有责任利用由申请人和医疗专业人员提供的信息确定申请人是否符合 49 CFR 37.123 (e) 中规定的标准并且有资格获得辅助客运服务。

如果收到不完整的申请，MTD 的工作人员将与申请人联系以获取更多信息或说明。

如果在收到**完整的**ADA 辅助客运资格申请二十一 (21) 个日历日后仍未做出决定，申请人应被视为完全合格获得辅助客运服务，直到决定做出或申请被拒绝。

做出决定后，申请人资格状态的书面通知将邮寄至他们申请中所列出的地址。

请将本申请寄送至：
Champaign-Urbana Mass Transit District
1101 E University Avenue
Urbana, IL 61802
香槟-厄巴纳公共交通管区
1101 E 大学大道
厄巴纳，伊利诺伊州 61802

DASH 卡

DASH 卡适用于 65 岁及以上的老年人和残疾乘客。此通行证提供无限制免费使用 MTD 的无障碍固定路线服务和半价出租车计划(Half-Fare Cab Program)。DASH 卡有效期为三年，到期后必须更新。

老年人

65 岁及以上的人可以在伊利诺巴士总站 (Illinois Terminal) 提供年龄证明来获得 DASH 卡。DASH 卡将在核实年龄后直接发给符合条件的老年人。

残疾乘客

医疗保险卡持有者和使用 MTD 车辆有困难的人可能有资格因残疾获得 DASH 卡。DASH 卡的申请必须在伊利诺巴士总站提交，并且必须包括医疗保险卡或 MTD 授权机构的证明复印件。请联系 ADA 客户服务电话 217.384.8188 以获取授权机构列表。DASH 卡将在批准并在伊利诺巴士总站免费拍摄通行证照片后十天内邮寄给申请人。

半价

65 岁或以上的人和不想获得 DASH 卡的医疗保险卡持有人只要出示有效的年龄证明或 Medicare 卡即可以乘坐 0.50 美元的半价固定路线服务。

上诉程序

如果申请人对其申请采取的决定不满意，他们有权对该决定提出上诉。

要求举行听证会，请写信至：

Champaign-Urbana Mass Transit District
c/o Special Service Manager
1101 E University Avenue
Urbana, IL 61802

上诉请求必须在收到辅助客运系统资格状态的书面通知的 60 天内提出。请附上与您案例相关的所有信息。上诉决定将在收到请求 30 天内作出并将以书面形式提出。

个人信息

我正在申请： 辅助客运系统资格 辅助客运系统资格更新 DASH 卡

性别 男 女 其他 _____

姓名 _____

地址 _____

城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

邮寄地址（如果与家庭地址不同）

城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

电话号码（家庭）_____ （工作）_____

生日 (MM/DD/YYYY) _____

主要语言： 英语 西班牙语 美国手语(ASL) 其他 _____

您需要其他形式的信息吗？

大字体 盲文 电子邮件(提供地址) _____

其他(请说明) _____

有其他人获授权为您安排行程？

姓名 _____

认证

A. 申请人签名

我保证我在本申请中提供的信息是真实和正确的。我了解伪造信息可能会导致拒绝服务。我了解与我的残疾有关的所有信息都将保密，只有提供服务所需的信息才会被透露给执行此服务或相关服务的人员。

申请人签名 _____

日期 _____

B. 填写表格的人，若非申请人（请勾选一项）：

基于申请人提供给我的信息，我保证本申请中提供的信息是真实和正确的。

基于我对申请人的健康状况或残疾的认识，我证明本申请中提供的信息是真实和正确的。

例外或补充 _____

印刷体姓名 _____ 机构 _____

签名 _____

日期 _____ 白天电话号码 _____

与申请人的关系 _____

地址 _____

城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

紧急联络人信息

性别 男 女 其他_____

姓名_____

与申请人的关系_____

地址_____

城市_____州_____邮编_____

电话号码（白天）_____（备用）_____

此人是否获授权为您安排行程？ 是 否

性别 男 女 其他_____

姓名_____

与申请人的关系_____

地址_____

城市_____州_____邮编_____

电话号码（白天）_____（备用）_____

此人是否获授权为您安排行程？ 是 否

现在的出行方式

1. 您最近（在过去 3 个月内）是否使用过 MTD 的无障碍固定路线服务？

是 否

如果否，您在过去 3 个月内是否尝试使用 MTD 的无障碍固定路线服务？

是 否

如果是，请告诉我们您的经历_____

2. 如果您目前没有乘坐 MTD 的无障碍固定路线服务，什么可以帮助您这样做？

路线和时刻表信息 如何乘车的培训

公交车站离我住的地方和需要去的地方近些 其他（请说明）_____

3. 您在 Champaign-Urbana/Savoy 社区住了多久？

- 1 年以下 1 至 3 年 3 年以上

4. 您最常前往的 3 个目的地是哪里，目前您是如何到达这些目的地的？

| 目的地 | 出行频率 | 出行方式 |
|-----|------|------|
| | | |
| | | |
| | | |

5. 离你住处最近的公交车站在哪里？请给出一个位置或交叉点（例如；教堂和州街）

6. 选择前往最近的巴士站时遇到的任何障碍：

- 需要穿过繁忙的街道 缺乏路缘矮坡 道路施工 距离过远 没有人行道
- 人行道条件差 陡上坡 陡下坡 一天中的时间
- 其他（请说明）_____

7. 您在旅行时是否使用以下任何助行器？

- 手杖 拐杖 助行器 氧气 手动轮椅 电动轮椅
- 滑板车（3 轮） 服务性动物 白手杖 其他（请说明）_____

如果选了不少一种助行器，您出行时使用的主要助行器是什么？

8. 辅助客运车辆配备了宽 30 英寸、长 48 英寸的升降机，可载高达 800 磅。您和您的助行设备的综合测量值是否符合这些参数？

- 是 否

如果是，尺寸和综合重量是多少？_____

注意：如果乘客和助行器的总重量超过 800 磅，乘客可以与他们的移动设备分开上车。

现在的出行方式（续）

9. 如果您目前没有乘坐 MTD 的无障碍固定路线服务，请选择所有适用的原因：

- 不知道 how 乘坐 公交车站太远 我住的地方没有人行道
我害怕乘坐 我不愿意乘坐 地面太不平坦/陡峭，无法到达巴士站
我需要轮椅升降机/坡道 我无法识别目的地或地标
在某些情况下我可以使 MTD 的无障碍固定路线服务（请说明）_____

残疾和功能限制信息

1. 什么类型的残疾阻止您使用 MTD 的无障碍固定路线服务？

- 身体残疾 发育障碍 视力障碍 听力障碍 认知障碍 行为障碍 其他（请说明）_____

2. 您如何归类您的健康状况或残疾？

- 短期/临时（最多 1 年） 中/长期（最多 3 年） 永久的

3. 请选择以下所有残疾严重影响您使用 MTD 无障碍固定路线服务的残疾：

- 阿尔茨海默氏病 截肢（具体说明）
焦虑/惊恐发作 关节炎 哮喘 自闭症谱系 癌症（请注明）
白内障 脑瘫 充血性心力衰竭 慢性阻塞性/肺疾病 (COPD)
囊肿性纤维化 痴呆症 糖尿病(严重) 肺气肿 癫痫(重度) 心脏病突发
创伤性头部损伤 肾脏疾病/透析 法律上盲人 黄斑变性 智力残疾多发性 硬化症
肌营养不良症 截瘫 帕金森病 周边血管疾病
四肢瘫痪 视网膜病变 精神分裂症/分裂情感性障碍
中风/脑外伤 系统性红斑狼疮 血栓形成（慢性） 失明
其他（请说明）

残疾和功能限制信息(续)

请描述上面选择的残疾如何显著影响您使用 MTD 无障碍固定路线服务。我们要求您尽可能详细和具体的说明

4. 您的健康状况或残疾是否因每天状况不同而影响您使用 MTD 无障碍固定路线服务？

是 否

如果是，请说明

5. 您目前是否正在接受与您的健康状况或残疾相关的任何类型的治疗或疗法？

是 否

如果是，预计持续时间是多久？__天 __月 __年 永久

6. 您是否还有其他健康状况或残疾方面需要我们知道？

是 否

如果是，请说明_____

专业验证

这一部分的申请书包括两个部分, 申请人签署的授权书和由有执照的专业人员填写的部分, 以提供有关申请人使用固定路线交通的能力的补充额外的信息. 如果没有包括这两个部分, 申请表将被视为不完整

由申请人填写:

通过在下面签名, 我同意以下内容;

- 我正在申请 Champaign-Urbana 公共交通区 (MTD) 提供的 ADA 辅助公交服务, 此服务仅限于无法使用无障碍固定路线服务的残障人士
- 我授权发布下述信息, 其唯一目的是让 MTD 确定我使用辅助客运系统的资格

申请人姓名 (打印) _____

申请人签名 _____ 日期 _____

本部分由医生、有执照的社会工作者或康复专业人员完成:

1990 年美国残疾人法案 (ADA) 要求公共交通提供者无法使用固定路线服务的人提供附加交通服务. 并非所有残疾人都可以使用辅助客运服务, 而是为那些无法独立进入、上车、乘坐和下车的人提供的安全网.

所有 MTD 车辆都配备了无障碍功能, 允许使用轮椅或其他助行器的乘客上下车. 作为申请人的护理提供者, 您有资格验证此人获得固定路线服务的资格
请完成以下问题以帮助确定申请人使用 MTD 无障碍固定路线服务的资格

一般信息

1. 申请人姓名 (请打印) _____

2. 您目前正在治疗该申请人吗? 是 否

如果否, 您最后一次见到该申请人的日期是什么时候? (月/日/年) _____

3. 申请人的条件是临时的吗? 是 否

如果是, 预计持续时间是多久? (月/日/年) _____

4. 申请人可以在没有其他人帮助的情况下行走多少个街区，但使用助行器（如有必要）？少于一个 两个街区 最多四个街区（1/4 英里）最多八个街区（1/2 英里）
8 个街区以上 其他（请说明）_____

一般信息(续)

5. 申请人可以爬 12 英寸的台阶吗？ 是 否

注释: 跪下（降低）时，踏上 MTD 巴士的台阶为 8.5 英寸

6. 申请人可以在没有帮助的情况下等待最多 30 分钟或仅在行动辅助设备的支持下等待吗？

是 否

如果否, 请说明_____

7. 申请人是否需要个人护理员 (PCA) 的协助才能同行？

从来没有 有时 一直(申请人无法独自旅行)

注释: 获得 PCA 是申请人的责任。PCA 可随乘客免费乘坐 MTD 车辆。

视力障碍

如果视力限制申请人独立旅行的能力，请回答以下问题：

1. 申请人的视力 稳定 退化的 其他

如果其他, 请说明_____

2. 申请人能否认出熟悉的地方，例如地标或目的地？

是 否

3. 申请人在法律上是盲人吗？ 是 否

认知障碍

如果认知障碍影响申请人独立出行的能力，请回答以下问题：

申请人是否能够：

提供他们的地址、电话号码？ 是 否

识别目的地/地标？ 是 否

询问并遵循指示？ 是 否

安全穿过主要十字路口？ 是 否

一般信息(续)

是否有任何其他信息需要 MTD 知道？

通过在下面签名，医疗专业人员在此证明：

我了解我的客户正在通过 MTD 申请辅助客运系统资格。据我所知，我提供的信息是真实的。我了解提供虚假或不完整的信息可能会导致申请人暂停辅助客运服务。

诊所/机构名称_____

办公室地址_____城市_____邮编_____

办公室电话#_____办公室传真#_____

姓名_____

(请打印)

(证件)

签名
