



ADA Paratransit Eligibility Application

For Office Use Only
Date Received:
Received By:

PARATRANSIT (보조 대중 교통 수단) 이 무엇입니까?

미국 장애인 법 (The Americans with Disabilities Act)는 장애가 있으신 분들이 장애가 없으신 분들과 동일한 서비스와 편의 시설을 평등한 조건으로 이용하실 수 있을 수 있기를 보장하는 연방법입니다. 미국 장애인 법 (ADA) 에 따라 지정된 경로 (고정 경로 서비스) 를 운행하는 대중 교통은 장애가 있으신 모든 분들이 이용할 수 있어야 합니다. 만일 장애가 있으신 승객 분들은 고정 경로 시스템을 사용하지 못할 경우 미국 장애인 법 (ADA)는 대중 교통 시스템이 보완적인 보조 대중 교통 서비스를 제공하도록 명령합니다.

자격 요건이 되시는 승객 분들이 장애로 노선 버스로 일부 또는 전체 여행을 하실 수 없으신 경우 MTD 는 출발지 목적지를 공유하는 보조 교통 수단을 제공합니다. 이 서비스는 MTD 에서 허용하는 경계 내에서 여행하시거나 이 경계 외부에서 최대 3/4 마일 (0.75) 까지 여행하시는 모든 승객 분들에게 제공 됩니다. 보조 대중 교통 서비스는 최소 하루 전에 예약해야 합니다. 이 서비스에 사용되는 차량에는 휠체어를 위한 리프트가 장착 되어 있습니다. 보조 대중 교통 서비스는 고정 노선 서비스와 동일한 요일 및 시간에 운영됩니다.

자격조건

ADA 보조 교통 수단을 위한 자격 조건의 결정은 고정 노선 버스 서비스를 이용하실 수 있는 신청자의 능력을 기반으로 합니다. 각 신청서는 사례별로 평가되며 의학적 진단을 통한 결정이 아닙니다.

ADA 보조 대중 교통 서비스는 고정 경로 서비스를 사용할 수 없는 기능적 제한이 있으신 분들을 위한 "안전망" 입니다. 미국 교통부 ADA 규정의 49 CFR 37.123(e)에 설명된 대로 자격은 아래의 설명과 같은 특정 범주의 개인으로 제한합니다:

- 다른 사람의 도움 없이는 차량에 탑승, 승차, 또는 하차 하실 수 없으신 장애가 있으신 분들 (버시 가지 제외)
- 차량을 이용하실 수는 있지만 경로에 접근할 수 없으시거나 리프트가 ADA 의 기준을 충족하지 못하시는 장애가 있으신 분들
- 탑승/하차 장소를 오가는게 불편하신 특정 장애 상태를 가지신 분들.

다음 예시들은 자격 조건으로 인정 되지 않습니다.

- 버스 시스템이 개인 일정에 맞지 않는 경우; 버스로 이동하는 시간이 너무 오래 걸리는 경우; 버스는 귀하가 목적지로 운행하지 않는 경우
- 버스 시스템이 익숙하지 않은 경우
- SSI, SSA, 또는 VA 에서 제공된 장애 증명서
- 정기적인 고정 노선 서비스가 제공되지 않는 지역에 거주하는 경우
- 고정 노선 서비스를 타는 것에 대한 두려움
- 버스 이용이 불편하거나 어려운 경우.

신청 절차

작성된 ADA 보조 대중 교통 적격성 신청서를 받으면 최대 21 일간의 평가 기간이 시작됩니다. 이 기간 동안 신청자와 의료 전문가가 제공한 정보를 활용하여 MTD 는 49 CFR 37.123(e)에 명시된 기준을 충족하고 보조 대중 교통 서비스를 받을 자격이 있는지 결정하게 됩니다. 완벽히 작성되지 않은 신청서가 접수되면 MTD 직원이 추가 정보나 설명을 필요 요청 관계로 신청자에게 연락할 것입니다.

작성된 ADA 보조 대중 교통 적격성 신청서를 접수한 날짜 부터 21 일 후에도 결정이 내려지지 않을 경우, 신청자는 결정이 내려지거나 신청이 거부 될 때까지 보조 대중 교통 서비스에 관한 자격이 완벽히 있는 것으로 취급 됩니다.

결정이 내려지면 신청자의 자격 상태에 대한 서면 통지가 신청서에 기재된 주소로 우송될 것입니다.

신청서를 아래 주소로 보내십시오

Champaign-Urbana Mass Transit District
1101 E University Avenue
Urbana, IL 61802

DASH CARD (대시 카드)

DASH 카드는 65 세 이상 노인과 장애가 있는 승객에게 제공됩니다. 이 패스는 MTD 장애인용 고정 노선 서비스와 Half-Fare Cab 프로그램에 대한 무제한 무료 사용을 제공합니다. DASH 카드는 3 년 동안 유효하며 만료 시 다시 갱신해야 합니다.

Seniors (노인)

65 세 이상인 승객분들이 일리노이 터미널에서 연령 증명을 제시하면 DASH 카드를 얻을 수 있습니다. DASH 카드는 연령 확인 후 자격을 갖춘 노인에게 직접 발급됩니다.

장애가 있으신 승객 분들

Medicare 카드 소지자와 MTD 차량 사용에 어려움이 있는 사람은 장애가 있는 탑승자로서 DASH 카드를 받을 자격이 됩니다. DASH 카드 신청서는 일리노이 터미널에서 제출해야 하며 Medicare 카드 사본 또는 MTD 승인 기관의 증명서를 포함해야 합니다. 공인 기관 목록은 217.384.8188 로 ADA 고객 서비스에 문의하십시오. DASH 카드는 승인 후 일리노이 터미널에서 패스용 무료 사진을 찍은 후 10 일 이내에 신청자에게 우편으로 발송됩니다.

Half Fare (반액)

65 세 이상인 사람과 DASH 카드를 원하지 않는 Medicare 카드 소지자는 유효한 연령 증명서 또는 Medicare 카드를 제시하면 \$0.50 (절반 요금)에 고정 노선 서비스를 이용할 수 있습니다.

항소 절차

신청자가 신청에 대해 취한 조치에 만족하지 않는 경우 해당 결정에 대해 항소할 권리가 있습니다. 청문회를 요청하려면 아래 주소로 편지를 보내십시오:

**Champaign-Urbana Mass Transit District
c/o Special Services Manager
1101 E. University Ave.
Urbana, Illinois 61802**

항소 요청은 보조 대중 교통 적격 상태에 대한 서면 통지를 받은 후 60 일 이내에 이루어져야 합니다. 귀하의 사례와 관련된 모든 정보를 포함하십시오. 이의 제기 결정은 요청 후 30 일 이내에 이루어지며 서면으로 이루어집니다.

개인 정보

내가 신청하는 것은: 보조 대중 교통 자격 보조 대중 교통 자격 갱신 DASH Card (대시 카드)

성별 남 여 그외 _____

이름 _____

주소 _____

City _____ State _____ Zip _____

우편 주소(집 주소와 다른 경우) _____

City _____ State _____ Zip _____

전화번호 (집) _____ (직장) _____

생년월일 (MM/DD/YYYY) _____

사용하시는 언어: 영어 스페인어 ASL (미국 수화) 그 외 _____

대체 형식의 정보가 필요합니까?

큰 글씨 점자 이메일 (이메일 주소) _____

그 외(설명을 부탁드립니다) _____

다른 사람이 귀하를 위해 여행 일정을 잡을 권한이 있습니까?

이름 _____

인증

A. 신청자 서명

본인은 이 신청서에 기재한 정보가 사실임을 확인합니다. 정보가 위조된 정보 이면 서비스가 거부될 수 있음을 이해합니다. 나는 나의 장애와 관련된 모든 정보가 기밀로 유지될 것이며 서비스를 제공하는 데 필요한 정보만 이 서비스 또는 관련 서비스를 수행하는 사람들에게 공개될 것임을 이해합니다.

신청자 서명 _____

날짜 _____

B. 지원자가 아닌 경우 양식을 작성하는 사람(하나만 체크):

본인은 이 지원서에 제공된 정보가 지원자가 나에게 제공한 정보에 기초하여 사실이고 정확함을 확인합니다.

본인은 지원자의 건강 상태 또는 장애에 대한 본인의 지식을 바탕으로 이 지원서에 제공된 정보가 사실이고 정확함을 확인합니다.

예외 또는 추가 사항 _____

이름 _____ 다행사 _____

서명 _____

날짜 _____ 주간 (Daytime) 전화번호 _____

신청인과의 관계 _____

주소 _____

City _____ State _____ Zip _____

비상 연락처

성별 남성 여성 그 외 _____

이름 _____

신청인과의 관계 _____

주소 _____

City _____ State _____ Zip _____

전화번호 (Daytime) _____ (다른 전화번호) _____

위 사람이 귀하를 대신하여 여행 일정을 잡을 권한이 있습니까? YES (예) No (아니요)

성별 남 여 그 외 _____

이름 _____

신청인과의 관계 _____

주소 _____

City _____ State _____ Zip _____

전화번호 (Daytime) _____ (다른 전화번호) _____

위 사람이 귀하를 대신하여 여행 일정을 잡을 권한이 있습니까? 예 아니요

현재의 여행 수단

1. 최근 (3 개월 이내) MTD 고정 경로 서비스를 이용 하셨습니까?

‘아니오’인 경우, 지난 3 개월 이내에 MTD 의 이용 가능한 고정 노선 서비스를 이용하고 시도한 적이 있습니까?

예 아니오

‘예’인 경우 귀하의 경험에 대해 말씀해 주십시오 _____

2. 현재 MTD 의 접근 가능한 고정 경로 서비스를 이용하지 않는 경우 그렇게 하는 데 무엇이 도움이 될 수 있습니까?

경로 및 일정 정보 버스로 이동하는 방법에 대한 교육

내가 살고 있고 가야 할 곳에서 가까운 버스 정류장이 있음 그 외 (설명)_____

3. Champagne-Urbana/Savoy 샴페인-어바나/사보이 지역에서 얼마나 오래 사셨습니까?

Under 1 년 미만 1 - 3 년 3 년 이상

4. 귀하가 가장 자주 여행하는 3 곳은 어디이며 현재 어떻게 가십니까?

목적지	이동 빈도	여행 모드

5. 귀하에 거주지에서 가장 가까운 버스 정류장은 어디입니까? 위치 또는 교차점을 제공하십시오 (예: 교회 및 주) _____

6. 가장 가까운 버스 정류장으로 여행할 때 경험하는 장애물을 선택 하시오

건너야 하는 변화한 거리 연석 절단 부재 도로 건설 과도한 거리 인도 없음 인도 상태 불량 가파른 경사 급격한 하락 하루 중 시간

그 외 (설명)_____

7. 여행하는 동안 다음과 같은 이동 보조 장치를 사용합니까?

지지용 지팡이 목발 보행기 산소 수동 휠체어 전동 휠체어 스쿠터 (세바퀴) 보조 동물 흰 지팡이 기타 (구체적으로 기재)_____

만일 하나 이상의 보조 장치를 선택한 경우 여행 시 주로 사용하는 이동 보조 장치는 무엇입니까?

8. 보조 대중 교통 차량에는 너비가 30 인치, 길이가 48 인치이며 최대 800 파운드를 수용할 수 있는 리프트가 장착되어 있습니다. 귀하와 귀하의 이동성 장치의 결합된 측정값이 이러한 매개변수에 적합 합니까?

예 아니오

그렇다면 치수와 합산 무게는 얼마입니까?_____

참고: 승객과 이동 보조 장치의 합한 무게가 800 파운드를 초과하는 경우 이동 장치와 별도로 탑승하실 수 있습니다.

현재의 여행 수단 (계속)

9. 현재 MTD 의 접근 가능한 고정 경로 서비스를 이용하지 않는 경우 해당하는 모든 상황적 이유를 선택하십시오.

어떻게 타는지 잘 모르겠습니다 버스 정류장이 너무 멀어요 내가 사는 곳에는 인도가 없어요
 타는 것이 두렵습니다 타기를 원치 않습니다 지면이 너무 고르지 않아 버스 정류장에 도착할 수 없습니다
 휠체어 리프트/램프가 필요합니다 목적지나 랜드마크를 인식할 수 없습니다 특정 상황에서 MTD 의 액세스 가능한 고정 경로 서비스를 사용할 수 있습니다 (설명하십시오)

장애 및 기능 제한 정보

1. MTD 의 접근 가능한 고정 경로 서비스를 사용하지 못하는 장애 유형은 무엇입니까?

신체 발달 시각 청각 지적 장애 그 외 (설명해 주시오)_____

4. 귀하의 건강 상태 또는 장애가 MTD 의 접근 가능한 고정 경로 서비스를 사용하는 능력에 영향을 미칠 수 있는 이유가 매일 변화합니까?

예 아니오

‘예’ 로 답한 경우 설명하십시오_____

5. 귀하는 현재 귀하의 건강 상태 또는 장애와 관련된 치료 또는 상담을 받고 있습니까?

예 아니오

‘예’로 답한 경우 예상 기간은 얼마입니까? Days ____ Months ____ Years 지속적인

6. 귀하의 건강 상태나 장애에 대해 저희가 알아야 할 다른 정보가 있습니까?

예 아니오

‘예’ 로 답한 경우 설명하십시오_____

전문적인 검증

아래 기소된 아래 부분은 신청서의 신청자가 서명해야 하는 허가서와 고정 경로 대중 교통에 접근할 수 있는 신청자의 능력에 대한 추가 정보를 제공하기 위해 면허가 있는 전문가가 작성해야 하는 두가지 부분이 있습니다. 두 부분이 모두 포함되지 않으면 신청서가 완료된 것으로 간주되지 않습니다.

신청자가 작성하려면:

아래에 서명함으로써 본인은 다음 사항에 동의합니다.

- Champaign-Urbana Mass Transit District(MTD)에서 제공하는 ADA 보조 대중교통 서비스를 신청합니다. 이 서비스는 접근 가능한 고정 경로 서비스를 이용할 수 없는 장애인에게만 유효합니다.
- 본인은 MTD 가 본인의 보조 대중교통 자격 상태를 결정할 수 있도록 하기 위한 목적으로만 아래에 설명된 정보의 공개를 승인합니다.

신청자 이름 _____

신청자 서명 _____ 날짜 _____

이 섹션은 의사, 면허가 있는 사회 복지사 또는 재활 전문가가 작성해야 합니다.

1990 년 미국 장애인법(ADA)은 대중 교통 제공자가 고정 경로 서비스를 이용할 수 없는 사람들에게 보완적인 교통 수단을 제공할 것을 요구합니다. 보조 대중 교통 서비스는 모든 장애인이 이용할 수 있는 것은 아니지만 고정 경로 차량에 독립적으로 접근, 탑승, 승차 및 하차할 수 없는 사람들을 위한 안전망입니다.

모든 MTD 차량에는 휠체어 또는 기타 이동 보조 장치를 사용하는 승객이 탑승하고 탈 수 있는 접근성 기능이 장착되어 있습니다. 신청자의 진료 제공자로서 귀하는 고정 경로 서비스에 액세스할 수 있는 이 사람의 능력을 검증할 수 있는 고유한 자격을 갖추고 있습니다. MTD 의 접근 가능한 고정 경로 서비스를 활용하는 신청자의 능력을 결정하는 데 도움이 되도록 아래의 질문들을 답하십시오.

일반 정보

1. 이름 _____

2. 현지 이 지원자를 치료하고 계십니까? 예 아니오

‘아니오’인 경우, 이 지원자를 마지막으로 본 날짜는 언제입니까? (MM/DD/YY) _____

3. 신청자의 상태가 일시적인 것입니까? 예 아니오

‘예’인 경우 예상 기간은 얼마입니까? (MM/DD/YY) _____

4. 신청자는 다른 사람 없이 이동 보조 장치 (필요한 경우)를 사용하여 몇 블록을 이동 할 수 있습니까?

1 개 미만 2 개 blocks Up to four blocks (1/4 mile) Up to 8 blocks (1/2 mile) More than 8 blocks 기타 (설명 개재) _____

일반 정보(계속)

5. 신청자는 12 인치 계단을 오를 수 있습니까? 예 아니오

참고: 무릎을 꿇고(낮추면) MTD 버스로 올라가는 단계는 8.5 인치입니다.

6. 신청자가 지원 없이 또는 이동 보조기의 지원만 있을 때 최대 30 분을 기다릴 수 있습니까?

예 아니오

‘아니오’인 경우 설명 _____

7. 신청자가 함께 여행할 경우 PCA(Personal Care Attendant)의 도움이 필요합니까?

전혀 불필요 가끔씩 항상 (신청자는 도움 없이 여행할 수 없음)

참고: PCA 획득은 신청자의 책임입니다. PCA 는 MTD 차량에 승객과 함께 무료로 여행합니다.

시각 장애

시력이 신청자의 독립적인 여행 능력을 제한하는 경우 다음 항목에 답하십시오.

1. 지원자의 시력은 안정 퇴행성 기타

기타 (설명 개재) _____

2. 지원자는 랜드마크나 목적지와 같은 친숙한 장소를 인식할 수 있습니까?

예 아니오

3. 신청인은 법적으로 맹인입니까? 예 아니오

지적 장애

지적 장애가 신청자의 독립적인 여행 능력에 영향을 미치는 경우 다음 항목에 답하십시오:

신청자는 다음을 할 수 있습니까?

주소, 전화번호를 제공 할 수 있습니까? 예 아니오

목적지/랜드마크를 인식 할 수 있습니까? 예 아니오

지시를 묻고 따를 수 있습니까? 예 아니오

주요 교차로를 안전하게 건널 수 있습니까? 예 아니오

일반 정보(계속)

MTD 가 알고 있어야 하는 추가 정보가 있습니까? _____

의료 전문가는 아래에 서명함으로써 다음을 증명합니다:

본인의 고객이 MTD 에 보조 대중교통 자격을 신청하고 있음을 이해합니다. 제 자신이 제공한 정보는 제가 아는 한 사실임을 입증합니다. 위조되거나 불완전한 정보를 제공하면 신청자의 보조 대중 교통 서비스가 중단될 수 있음을 이해합니다.

진료소/기관 이름 _____

사무실 주소 _____ City _____ Zip _____

사무실 전화번호 # _____ 사무실 Fax # _____

이름 _____

(Please Print)

(Credentials)

서명 _____