

ACCESS 신청서

이곳으로 반송 부탁합니다:

Trinity Metro ACCESS – 801 Grove Street, Fort Worth, Texas 76102

Phone: (817) 215-8600 | Fax: (817) 215-8934

공무에만 사용

접수일 _____

I.D. 번호 _____

상태 코드 _____

PCA _____

맵스코 그리드 _____

섹션 1

신청자가 작성. 타자로 작성하거나 인쇄체로 부탁합니다.

ACCESS 사용 인증을 받은 적이 있습니까? 예 아니오 생년월일 _____

아니오라고 대답했다면, ACCESS에 신청한 적이 있습니까? 예 날짜를 알려주세요 _____

1. 이름: 남성 여성 _____

성명의 이름

이니셜

성명의 성

2. 집 전화: (_____) _____ 이동전화: (_____) _____

에어리어 코드

에어리어 코드

3. 집 주소: _____

스트리트 또는 박스 #

시티

주

ZIP 코드

아파트 이름과 번호: _____

우편주소:

(다른 경우에 작성)

스트리트 또는 박스 #

시티

주

ZIP 코드

4. 주 사용 언어: 영어 스페인어 점자 큰 글씨 음성 언어 영어에서 스페인어로 선호하는 음성 언어에 동그라미 하세요

5. 비상 연락처: _____

이름

관계

낮 시간 전화

주소: _____

스트리트 또는 박스 #

시티

주

ZIP 코드

6. 사용하는 보조 장치? 해당되는 곳에 모두 체크하십시오:

수동 휠체어 전동 휠체어 전동 스쿠터 Portable Oxygen

지팡이 목발 보행기 의자 시각장애인용/흰 지팡이

서비스 동물 해당 동물이 제공하는 서비스는 무엇입니까? _____

7. 휠체어나 스쿠터를 사용 중이라면 거주지에 휠체어 경사로가 있나요? 예 아니오

경사로가 없다면 계단은 몇 칸입니까? _____ (계단이 6" 보다 높거나, 1 칸 이상이라면 운전자가 휠체어를 올리거나 내릴 수 없습니다)

계단이 1 칸 이상이라면 휠체어를 도로면까지 어떻게 이동시킵니까? _____

8. 필요한 경우에, 당신은 휠체어에서 승용차로 스스로 이동할 수 있습니까? 예 아니오

9. 시티 버스 서비스를 이용하신 적이 있나요? 예 아니오

시티 버스 서비스를 이용 교육을 받으신 적이 있나요? 예 아니오

가장 자주 가는 행선지 - 주소 목록을 적어주세요: _____

신청인의 서명

날짜



(참고: 저희들이 모든 필수 정보를 포함하여 작성된 신청서가 접수되고 처리되는 기간은 최장 21 일까지 걸립니다.)

신청인 이름: _____

(팩스 전송용)

생년월일: _____ / _____ / _____
(필수) 월 일 년

공무에만 사용

NBR _____

섹션 2

반드시 기관 또는 의사가 작성. 타자로 작성하거나 인쇄체로 부탁합니다.

Paratransit 프로그램은 보조금이 제공되는 공유 승차 서비스로서, 기존 공공 수송체계 사용을 가로막는 장애가 있는 사람들에게 수송수단을 제공합니다. 이 서비스에 관심 있는 사람은 매우 많습니다만, paratransit 의 취지는 **paratransit 이외에는 다른 선택 방법이 없는 사람만 선정하는 것임**을 깊이 이해해주시기 바랍니다. 자격 요건에 관한 질문이 있다면, ACCESS 사무실 연락처인 817-215-8600 에 전화하시기 바랍니다. 자격에 관한 모든 최종 결정은 ACCESS 행정처 직원들이 내립니다.

10. 장애의 원인이 되는 의학적 증세는 무엇입니까?

(예: 지적 장애가 있을 경우 - 지능지수 작성, 발작 - 종류, 발작 주기/한 달에 몇 번 일어나는지 작성)

진단 날짜: _____

11. 이 장애의 어떤 부분이 정규 시티 버스 서비스 이용을 가로막습니까?

이로 인한 신체적 한계는 어떤 것이 있습니까?

이동에 장애가 되거나 도움을 주는 약이 있다면 작성하세요: _____

대기 중인 치료가 어떤 것이라도 있습니까? 예 아니오 예상 결과: _____

장애로 인하여 이동성에 영향을 받는 사람이 있다면, 이 사람은: (해당되는 곳에 모두 체크하십시오)

보조 없이 걷거나 휠체어 이용이 가능합니까? 예 아니오

>1 블록 1 블록 3 블록 6 블록 9 블록 (3 블록 = 1/4 마일)

참고 _____

핸드레일을 사용하면, 신청자는 보조 없이 12 인치 계단을 세 칸 올라갈 수 있습니까?

예 아니오

참고 _____

모든 날씨 조건에서 보조자 없이 적어도 20 분간 외부에서 기다릴 수 있습니까?

예 아니오

참고 _____

시각 장애가 있다면, 가장 좋은 교정시력 (스넬렌 시력) 은 얼마입니까?

오른쪽 눈 _____ 왼쪽 눈 _____ 야외 활동 제한: 오른쪽 _____ 왼쪽 _____

12. 이 사람은 어떠한 보조 기기라도 사용합니까? 그렇다면, 어떤 것인가요? _____

이 사람은 시티 버스 서비스 이용 교육을 받은 적이 있나요? 예 아니오 모름

이 사람은 정규 시티 버스 서비스를 이용할 수 있을까요? 전혀 가끔 언제나 훨체어 접근이 가능하다면

이 사람은 버스 루트 훈련의 혜택을 받을 수 있을까요? 예 아니오

13. 장애의 종류: 영구 장애 일시 장애 일시 장애라면, 신청인에게 필요한 서비스 기간은 얼마나 됩니까? _____

14. 인증된 신청자는 모두 손님을 모시는 것이 허용됩니다. 이 신청자는 보조 행위를 위한 개인 돌봄 요원이 있어야 합니까? 예 아니오

필요하다면, 신청자는 자신의 보조인 이름을 작성해야 합니다.

기관 또는 의사의 승인

()

에어리어 코드 전화

팩스

주소

人|E|

주

ZIP 코드

15. 본인 (인쇄체 이름)

은 위에 작성한 정보가 진실되고 정확하다는 사실을 인증합니다

서명

날짜

추가 정보가 있다면 모두 첨부하세요. 신청서 작성을 위한 시간을 내어주셔서 고맙습니다.

2019년 1월

119-58_E.Inf.Pr_9