|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ACCESS 신청서** | **공무에만 사용** |
|  | 접수일  |
| 이곳으로 반송 부탁합니다: | I.D. 번호  |
| Trinity Metro ACCESS - 800 Cherry Street, Fort Worth, Texas 76102 | 상태 코드  |
| Phone: (817) 215-8600 | Fax: (817) 215-8934 | 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 스페인어로선호하는 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 🞎 의치 🞎 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, 1칸 이상이라면 운전자가 휠체어를 올리거나 내릴 수 없습니다) 계단이 1칸 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 21일까지 걸립니다.) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 신청인 이름: |   |  | **공무에만 사용**NBR  |
| (팩스 전송용) |  |  |
| 생년월일: |  | / |  | / |  |  |  |
| (필수) | 월 | 일 | 년 |  |  |
| **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, paratransit의 취지는 **paratransit 이외에는 다른 선택 방법이 없는 사람**만 선정하는 것임을 깊이 이해해주시기 바랍니다. 자격 요건에 관한 질문이 있다면, ACCESS 사무실 연락처인 817-215-8600에 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 12인치 계단을 세 칸 올라갈 수 있습니까? 예 🞎 아니오 🞎 참고  모든 날씨 조건에서 보조자 없이 적어도 20분간 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 🞎 휠체어 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 시티 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*