



신청인의 서명

날짜



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

신청인 이름: \_\_\_\_\_

공무에만 사용

(팩스 전송용)

NBR \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(필수) 월 일 년

## 섹션 2

**반드시 기관 또는 의사가 작성. 타자로 작성하거나 인쇄체로 부탁드립니다.**

Paratransit 프로그램은 보조금이 제공되는 공유 승차 서비스로서, 기존 공공 수송체계 사용을 **가로막는** 장애가 있는 사람들에게 수송수단을 제공합니다. 이 서비스에 관심 있는 사람은 매우 많습지만, paratransit의 취지는 **paratransit 이외에는 다른 선택 방법이 없는 사람만** 선정하는 것임을 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  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.

2019 년 1 월

119-58\_E.Inf.Pr\_9