



90010^第街, 科勒尔维尔, IA
52241 (319) 248-1790

ADA辅助客运资格申请表及说明

尊敬的客户：

感谢您咨询资格“ADA辅助客运系统”的服务。封闭式是ADA辅助客运系统申请表的副本。 **填写申请前的封闭材料请仔细阅读本和。**

1990年的美国残疾人法案（ADA）要求科洛威尔交通提供相当于公共交通工具的残疾人，可以不对板，骑车或到一个可访问的固定路线公交车，由于他们的残疾。此服务必须与提供给个人没有残疾的服务。法律是非常具体的，以谁，在什么情况下可以资格被授予使用辅助客运交通。辅助客运资格不会自动因为残疾的假设。

您或您指定人员必须完整回答所有问题。您如何残疾使得它在功能上具有挑战性供您使用，需要一个可访问总线，你必须证明信息是完整和正确签署并注明详细的解释。你还会发现一个医疗/专业核销单由你的医生或医疗机构完成。 **请尽可能彻底地完成您的申请。** 这些问题将有助于我们确定使用我们的服务，您有具体的限制。

这将是必要看你在专业的基础上，完成应用程序的医学鉴定部分有执照的医疗专业人员（不是亲戚或朋友）。这个人可能是一名注册护士，社会工作者，医生，理疗师，心理学家，职业治疗师，按摩师，语言病理学家，医生助理，执业护士，或者由医疗机构使用的心理健康辅导员。 **如果需要在填写完申请帮助，请联系我们的办公室。**

客户端和医疗专业人士核销单必须填写完整并一并提交。如果任何段留空，则申请将退回你不完整，就会耽误认证流程。

您在此应用程序中提供的信息是保密的。

所有申请，无论是新的或申请换发新证的人员，必须完成一个新的应用程序。ADA的认证过程可能涉及面对面采访和/或功能的评估，以确定使用科拉尔维尔过境的固定航线的你的能力。

应用程序应返回到：
科拉尔维尔交通
经办人：玉萍
Robrock 90010^第街
科拉维尔, IA 52241

如果你有决心资格科拉尔维尔的ADA辅助客运服务，您的资格将是以下类型之一：

1. 有条件的资格：

您可以使用固定路线公交车对于 一些 您的旅行，并符合ADA辅助客运服务的其他行程。

2. 无条件参赛资格：

您的残疾或健康状况始终阻止您使用的固定路线公交车，你有资格获得ADA辅助客运系统为的 所有 您车次。

3. 临时参赛资格：

您有健康或残疾 **暂时** 阻止您使用的固定路线公交车，你有资格获得ADA辅助客运系统为指定的一段时间。

的确定是基于个人的对板，骑和从一个完全可访问固定路线车辆独立地下船能力制造。地形和建筑结构也被考虑。所有申请人认识到，这是一个交通的决定，不是医学的授权是很重要的。

缺乏科拉尔维尔运输固定路线服务的一个区域或在特定的预定时间不符合ADA辅助客运资格充足的理由。科拉尔维尔的ADA辅助客运服务提供服务所并入的城市范围内，或在同一时间作为这些确定的合格固定路线公共汽车服务的Coralville全顺的公共汽车路线的一英里外的四分之三。

合格的确定将过境科勒尔维尔在收到完整的申请后的21日内进行。如果某个应用程序未于21日内处理，推定资格将在22被授予^日当天，除非到应用程序以书面形式拒绝。科勒尔维尔Transit将在你的资格ADA辅助客运服务的决定的书面通知您。如果确定您能够使用固定的路线系统和不符合辅助客运服务，科拉尔维尔Transit将解释这一决定的原因。如果你 **不符合要求** 确定科拉尔维尔的ADA辅助客运服务，和/或不满意你的资格类型，你可以提出上诉的决定。书面上诉至 **MPOJC (约翰逊县的大都市区规划组织)** 必须在拒绝信的60个日历日内收到。只要提交了一封信，说明你想呼吁，所做的决策，为什么你觉得你应该有资格获得ADA辅助客运服务。附上任何其他相关信息的副本。该决定是最终决定。如果您的病情恶化您只可以重新提交申请。ADA辅助客运服务将不会在上诉过程中提供，除非上诉程序无法在30天内结束。

上诉必须是书面的，并转发到：MPOJC

收件人：ADA辅助客运上诉

410 E. 华盛顿

爱荷华市，IA 52240

日电话：() _____

傍晚的电话：() _____

关于你的残疾

1. 是什么类型或残疾类型的阻止你使用标准的巴士服务 (检查所有适用)

- 身体残疾
- 发育障碍
- 其他
- 视觉障碍
- 精神病
- 都不

2. 是你的残疾：永久或临时

如果临时;什么是预计时间：

____/____/____ 日期

3. 你在旅途中使用下列哪种移动助手的？ (请选择所有适用)

- 甘蔗
- 长白手杖
- 便携式氧气
- 步行者
- 拐杖
- 超大轮椅
- 电动轮椅
- 手动轮椅
- 功率滑板车/车
- 服务的动物
- 假体
- 通信板
- 其他_____
- 无

4. 你使用手动或电动轮椅或代步车？ 是 否

宽度 (英寸) _____ 长度 (英寸) _____ 重量 _____

(乘用车+移动设备,) _____

- | | 是 | 否 | 有时 |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. 您是否能够在公开站与移动设备, 以等待15分钟? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 可以从您的轮椅转移到座椅在车辆? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [
] |
| 7. 您对热敏感? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [
] |
| 8. 你是怕冷? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [
] |
| 9. 不要其他天气/光照条件会影响您的残疾? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [
] |
| 10. 是你的呼吸受气候或环境条件? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [
] |

11. 是否医疗/药物后，你的残疾的变化？ []

12. 如果您的回答 **没有** 或 **有时**：-对问题5月11日，请在下面解释或者如果需要另附纸

13. （使用机动辅助旅行或）没有在最好的条件是什么，你可以步行最远另一个人的帮助？

不到1块

6块

1块

超过6个块

2块（1/4英里
（1/2英里）

我无法行驶户外单独4块

是 否 有时

14. 您能够识别打印的信息？

15. 您能够通过自己穿越街道吗？

16. 你能出差或天黑后绕过自己？

17. 您能够通过自己沿着人行道和其他行人的出行方式？

18. 你能够舒适的在商店或商场自己避过？

19. 您能够检测路缘和其他落跑？

20. 您能够前往和离开你的邻居总线独立停下来？

21. 你能在外面等不协助或支持十五（15）分钟？

22. 是否有阻止你的障碍往返的巴士站？

23. 您能够离开并返回到你的正常的目的地（本地巴士站）独立？

24. 您是否能在好天气的平面旅行？

25. 您能够在轻微倾斜行进在好天气？

- | | 是 | 否 | 有时 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 26. 你能等待，如果有座位或候车亭？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. 你能等待，如果没有一个座位或候车亭？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. 你能支付通过将硬币或门票票款箱车费，或通过展示一通公交车司机？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. 您能独立打电话，让或取消行程预订信息？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 30. 你能在你的住所和地方独自等待你的旅行有哪些？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 31. 你能独立地乘坐出租车，如果一个人提供的？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 32. 你能根据要求提供地址和电话号码？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. 你能要求，理解和遵循的方向？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. 您是否能适应日常的意外变化？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. 如果您的回答 没有 或 有时 对问题14 - 34，请解释或者如果需要另附纸： | | | |

36. 你需要个人护理员（PCA）的服务，当你旅行？（此人是不是一个同伴或护送，但有人谁将会帮助你用行动援助，个人护理，通讯，交通，手语翻译，提供服务，作为一个读者，等等，你让你的旅程）。 是 否

请给个人护理服务员名称：

(In order for your Personal Care Attendant to ride with you at no charge, you must inform the reservation/dispatch office staff that you will be accompanied by a Personal Care Attendant when making your ride request. The Personal Care Attendant is then responsible for assisting you, not the ADA Paratransit Driver.)

37. 合理的修改请求（可选）描述，以便你（残疾人个人）访问科拉尔维尔交通服务科拉尔维尔交通的政策，做法，或程序的任何修改。（这些请求也可以由作为您的日程安排你

的ADA辅助客运服务的游乐设施

)

科拉尔维尔过境致力于为客户提供安全，可靠，周到，和访问用户友好的服务。为了确保公平，公正，科拉尔维尔交通做出合理修改其政策，做法和程序，以避免歧视，并确保程序和服务，残障人士使用。

登机 and 退出总线

是 否 有时候

1. 你现在用定期定额的公共汽车服务？
2. 你能识别你的精神/情绪状态，阻止您使用定期航线服务的变化？
3. 你必须去向上和向下在你的家或居住步骤？
4. 你能安全和独立行走上下三（3）12英寸的步骤是什么？
5. 您是否能登上，骑车，或没有帮助退出轮椅车？
6. 你能够把握的手柄或同时登机或退出总线栏杆？
,
7. 您能登上或离开车辆，如果有电梯或跪拜，降低公交车的前面？
8. 您是否能够上下车公共汽车没有帮助？
9. 如果您的回答 **没有** 或 **有时** 对问题1 - 8，请解释一下：

10. 你曾经有过训练，学习如何周游社区或如何使用定点路线公交车？ 是 否

11. 有什么可以帮助您乘坐定期定额公共汽车系统？（请选择所有适用的

-) : 是的，如果有人教我明白的路线，日程安排和票价信息是的，如果有人告诉我如何坐公车
- 是的，如果有人告诉我如何使用电梯上车
- 是的，如果公交车都来接近我住的地方和需要去没有，没有这些将帮助

更多的释放

我的，申请人，理解，这个应用程序的目的是要确定自己是否有资格使用科拉尔维尔交通的辅助客运服务。本人授权我的医疗从业者发布有关我的残疾和对我的旅行能力，这可能与我的ADA辅助客运资格证书请求连接需要影响的信息。

我同意通知我的残疾状况会影响到我使用的辅助客运服务能力的任何变化科罗维尔交通。我特此证明，本申请中的信息是真实和正确的。我明白的信息的篡改可能会导致拒绝服务。我了解的所有信息将被保密，并只需要提供本人要求的服务信息将被披露。

我特此证明，我请求认证ADA辅助客运服务和包含在该应用程序的所有信息是真实，准确的个人：

签名：_____

日期：_____

申请人的印刷体姓名：_____

如果申请人是未成年人或者有法定监护人父母或监护人必须签署本申请中，并证明了本文所包含的信息的准确性。

家长或法定监护人签名：_____

日期：_____

申请人关系_____

电话：_____

应用的下一个部分必须由医疗保健或专业的人性化服务谁是熟悉申请人的残疾情况和/或功能的限制填写。

在下面的空白处，打印清晰的谁将会验证您的应用程序的专业的名称，并指定他/她的位置。

专业名称 _____

职业关系

： 执业医师

行货职业治疗师

护士（LPN或

认证的康复

视觉专家

精神病学家，心理学家或

辅导员

行货物理治疗师

行货社会工作者

RN) 认证心理学家

语言病理学家

取向/移动专家

听力学家/听力专家心理健康

眼科

医师的核查残疾的

表格中的这一部分必须填妥及签署的适当的医生，认证或授权的专业人士，是治疗的申请人

尊敬医疗保健专业人士

：1990年的美国残疾人法案（ADA）要求公共交通机构提供辅助客运服务的人，其残疾妨碍他们使用总线部分或全部的时间。单独残疾和距离，并从公交车站 **不这样做**，由自己，一个人有资格对ADA对位的中转服务。不便和/或降低舒适性 **不是** 资格的基础。客户端的状态必须 **预防** 通过公交出行。您提供的信息将使我们能够弥补这方面申请人适当的决定。所有信息都将被保密。 感谢您您的帮助。

客户端名称 _____

请不要列出“诊断”作为申请人需要辅助公交门到门服务的原因。我们需要对病情或残疾，如何使得它在功能上不能为申请人利用我们的定期定额公共汽车服务的详细信息。我们的评估是一个交通的决定，而不是医疗授权。

法律是非常具体的，以谁，在什么情况下可以资格被授予使用科拉尔维尔交通的ADA帕拉过境运输。

所有科拉尔维尔运输公共汽车有可触及的功能：

- 都配备了轮椅升降机或坡道，与固定装置一起。
- 多数公共汽车有跪的能力。（可以降低到提供更容易的登机） • 大约公共汽车的50%的从路边只有一步了。
- 公交运营商宣布换乘点和所有请求停止。
- 客服电话线（S），可提供公交站牌信息，并协助客户与他们的行程路由，包括公交线路之间的转移。

CORALVILLE TRANSIT
319-248-1790
900 10TH STREET
CORALVILLE, IA
52241

医疗/专业验证

(不是用于医疗记录的副本请求)

申请人姓名 : _____

1. 请注明你最近的这个申请人的考试日期 : / /

2 申请人是否有心能力来 :

o

给地址和电话号码？

是 没有

认识到自己的目的地或地标？

是 没有

与常规意想不到的变化 (S) 成交？

是 否

询问, 理解和遵循的方向？

是 否

旅游安全/有效地通过拥挤的或复杂的设施？

是 否

3. 指定哪些功能限制与此申请人的条件相关联 (可以多选)

) 移动障碍

认知障碍**

受损耐力

:

肌肉

呼吸

等_

视觉减值

总 部分

听力障碍

总 部分

**如果这个人有认知障碍, 请注明所有适用于这个人

: 不能独自等待运输

显示行为这是不安全的自己或他人使用公共交通 无法识别她/他应该乘坐的车辆

4. 什么是这个人的状况预计期限？

常驻

临时

/ / 日期

5. 申请人是否使用移动设备？请检查所有适用。

甘蔗

超大轮椅

假体

长白手杖

电动轮椅

通信板

便携式氧气

手动轮椅

其他_

步行者

功率摩托车/购物车

无

拐杖

服务动物

未知

6. 多远可以从巴士站或目的地的申请人旅行/? 请检查。

走不援助

, 无法前往任何距离

一个足球场上的[]的长度？

(300英尺) 一个足球场的长度？ 多

于一个城市块少？

(500英尺) [多于一个城市街区以下]？

足球场和背面的一个长度？ (600英尺 一个足球场) [一种长度和背面？ 围绕轨道一

使用移动设备

无法前往任何距离

圈？

(1320英尺) [一种围绕一个轨道圈？

7. 多久可以申请，在公交车站外面等着？

	<u>坐</u>	<u>常设</u>	<u>使用移动设备</u>
无法等待	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 - 5分钟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - 10分钟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - 20分钟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 +分钟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. 是否残疾/条件防止申请人从骑轮椅车？ 是
否
有时;解释_

9. 天气是否会影响申请人的旅行的能力？ 是
否
有时;解释_

10. 申请人是否已经医学定义温度敏感性？ 是 否上面什么温度下热敏
性？ _
下面什么温度冷的敏感性？ _

11. 申请人是否有任何其他的医疗条件，其中科拉维尔交通应该知道？

12. 请描述这个残疾/条件对申请人的使用城市公交车能力的影响：

是否旅行时，申请人需要个人护理服务员？

是否

A Personal Care Attendant (PCA) is not a companion or escort, but someone who will help the client with his/her mobility assistance, personal care, communication, transportation, sign language interpretation, providing services as a reader, etc., as the client makes his/her trip.

视障验证 *(如果适用)*

) (不适用于医疗记录的副本的请求)
请说明申请人的残疾/条件在外行的术语：

什么是每只眼睛申请人的最佳矫正视力？右眼：左眼：20 / _____
20 / _____

多久了申请人持这种视力障碍？ _

申请人有视力障碍永久的吗？ 是 否

是否视力障碍防止申请人从乘坐轮椅车？ 是 否

耳聋验证 *(如果适用)*

) (不适用于医疗记录的副本的请求)
请说明外行的术语申请人的残疾/条件：

是否听力障碍预防申请人从乘坐轮椅车？ 是 否

在认知功能障碍验证 *(如果适用)*

) (不适用于医疗记录的副本的请求)
请说明申请人的残疾/条件在外行的术语：

什么是的 发病日期 这些疾病？ (月/年) _

永久条件 临时

如果暂时的，这个又是什么人的状况预期持续时间？ / / _

认证：

我证明，我所提供的信息是该申请人的医疗损害或条件的公平代表性和精确到我所知。我明白于此所提供的信息将被用于确定辅助客运服务的申请人的资格的唯一目的。我也同意，科拉尔维尔交通可以联系我澄清我所提供的任何信息，我会真诚地回答。本人保证所包含的信息真实，准确，以我的知识和能力。

医疗保健专业人士填写表格（名称）：__

医疗许可证编号：

电话：

传真：__

机构/基金/机构名称__

Street

市

STATE_

邮编Code__

卫生保健专业签名__

科拉维尔交通办公室仅使用

日期认证的

颁发证书日期

: / /

型

条件资格 _

无条件资格 _

临时资格 _

认证的日期拒绝

_ / _ / _
_ 拒绝原因

:

上诉收稿日期

: / /

MPOJC收稿日期

: / _ / _

MPOJC决定:

日期

: / /
