



申请ADA资格认证计划

申请ADA资格认证计划

新申请人 重新认证

如果是重新认证, 请提供当前的ADA ID#

名		姓	中间名首字母
居住地址			公寓/单元号
城市		州	邮政编码
邮寄地址 (如果不同)			公寓/单号
城市		州	邮政编码
电话号码		备用电话号码	
出生日期	语言偏好	性别	
电子邮件			

紧急联系人信息

全名		关系	
电话		备用电话号码	

请注意:ADA认证不能保证在您的服务区域内可以提供从起点到终点的服务。请咨询您当地的辅助交通运营商,以确保哪些区域被覆盖。根据辅助交通公司的决定,可能会在辅助交通工具无法安全导航到/从特定位置的情况下施加限制。

在申请过程中可能会使用以下的术语,其定义如下:

个人护理助理 (PCA) - 《美国残疾人法案》(ADA) 将PCA定义为专门指定或雇用来帮助个人满足其个人需求的人。如果您有家庭成员、朋友或邻居帮助您,或者如果雇佣某人来帮助您完成某些活动,他们将有资格成为个人护理助理。

公共固定路线巴士 - 沿固定路线运行,具有特定停靠时间表的巴士。

辅助交通(随叫随到) - 一种响应乘客呼叫的运输服务,车辆从乘客处接人并将其运送到目的地。车辆不按固定路线或特定时间表运行。

第一部分 - 无障碍性

1. 您是否有残疾,导致您无法使用公共汽车?

是 否

如果是,请解释。

第二部分 - 评估

2. 请查看以下列表,并指出哪些(如果有)情况适用于您。

呼吸困难 精神健康

神经状况 智力

癫痫发作 发育

心脏状况 行动能力

视力 **听力**

低下 听力困难

失明 聋

需要引导才能上车 其他(请解释)

其他(请解释)

3. 上述情况何时开始?

0-1年前 1-5年前 超过5年

第二部分 - 评估

4. 您的残疾被认为是.....

- 临时 稳定 逐渐加重 永久

5. 您的残疾在接受医疗或药物治疗后会发生变化吗？

- 是 否 有时

如果是或有时, 请解释。

第三部分 - 功能能力

6. 您是否使用以下任何行动设备/辅助技术？

- 是 否

如果是, 请勾选所有适用项。

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 支撑手杖 | <input type="checkbox"/> 滑板车 |
| <input type="checkbox"/> 白手杖 | <input type="checkbox"/> 拐杖 |
| <input type="checkbox"/> 折叠助行器 (带或不带座位) | <input type="checkbox"/> 腿部支架 |
| <input type="checkbox"/> 带座位的助行器 | <input type="checkbox"/> 夏尔科靴 |
| <input type="checkbox"/> 手动轮椅 | <input type="checkbox"/> 便携式氧气设备 |
| <input type="checkbox"/> 卧式轮椅 | <input type="checkbox"/> 助听器 |
| <input type="checkbox"/> 电动椅 | |

7. 您是否使用交流设备？

- 是 否

如果是, 您使用什么类型的设备？

8. 您是否有服务动物？

- 是 否

如果是, 您有哪种类型的动物？

您的服务动物如何帮助您？

第三部分 - 功能能力

请注意:如果您需要帮助以便完成以下第9和第10题,请致电我们的客服热线888.667.7001,我们将为您提供帮助。

9. 如果您使用轮椅或滑板车,您知道您和您的轮椅/滑板车一起的重量大约是多少吗?

是 否

如果是,请在下方注明

少于300磅 300到600磅 超过600磅

10. 您知道您的轮椅的尺寸吗?

是 否

如果是,请提供尺寸(英寸)。

宽度: _____ 深度: _____ 高度: _____

11. 请告诉我们以下哪些您能够做。(请勾选所有适用项)。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 上下3或4级台阶 | <input type="checkbox"/> 上下坡道 |
| <input type="checkbox"/> 上下坡 | <input type="checkbox"/> 如果公共汽车有升降机,上下公共汽车 |
| <input type="checkbox"/> 上下路缘 | <input type="checkbox"/> 上下公共汽车时抓住把手或栏杆 |
| <input type="checkbox"/> 穿过有凸起的小路 | <input type="checkbox"/> 在移动的车辆上坐着保持平衡 |
| <input type="checkbox"/> 在信号灯变红前穿过双车道街道 | <input type="checkbox"/> 识别街道标志 |
| <input type="checkbox"/> 在光线有限的晚上或清晨独自旅行 | <input type="checkbox"/> 读懂街道标志和公共汽车上的字母和数字 |
| <input type="checkbox"/> 在非常热的天气里前往最近的公共汽车站 | <input type="checkbox"/> 遵循书面指示 |
| <input type="checkbox"/> 在非常冷的天气里前往最近的公共汽车站 | <input type="checkbox"/> 遵循口头指示 |
| <input type="checkbox"/> 如果没有座位,站在公共汽车站 | <input type="checkbox"/> 读唇语(如果聋了) |
| <input type="checkbox"/> 如果没有阴凉处,等待在公共汽车站 | <input type="checkbox"/> 处理硬币或纸币 |
| | <input type="checkbox"/> 数零钱 |
| | <input type="checkbox"/> 看时间 |

第四部分 - 公共交通体验

以下问题旨在帮助我们了解您是否能够安全独立地使用公共固定路线公交系统。无论您最近或过去是否使用过公共交通,都不会影响您申请ADA辅助交通服务的资格。

12. 您知道您当地的交通机构的名称吗?

是 否

如果是,请列出。

13. 您是否曾经使用过公共固定路线公交、电车或火车?

是 否

如果是,您在多长时间前及多频繁使用这些交通工具?

14. 离您家最近的公共汽车站有多近?

少于两个街区 多于四个街区
 在两个到四个街区之间 我不知道

15. 您能否独立前往最近的公共汽车站?

是 否 有时

如果不能或有时,请解释:

16. 是否有其他原因阻止您到达/使用公共汽车站?

是 否 有时

请解释:

17. 您是否与个人护理助理一起旅行?

是 否 有时

第四部分 - 公共交通体验

以下问题旨在帮助我们了解您是否能够安全独立地使用公共固定路线公交系统。无论您最近或过去是否使用过公共交通,都不会影响您申请ADA辅助交通服务的资格。

18. 请添加任何您认为有助于我们确定您是否有资格获得ADA服务的其他信息。

以下问题是可选的, 申请人无需回答, 且不会影响您的ADA资格。

19. 您是否允许我们将您的信息分享给紧急服务机构, 以便进行紧急计划?

是 否

第五部分 - 信息披露

名	姓	中间名首字母
---	---	--------

ADA认证协调员将联系以下提供的行业专业人士,以验证您的残疾以及您的残疾如何阻止您使用巴士或铁路服务。

所有信息将被保密,仅用于确定您是否有资格获得ADA辅助交通服务。未经您的许可,ADA认证协调员不会将信息透露给任何其他人或机构。信息可能会提供给机构,以提供适当的交通通道和住宿。

我 _____ 我授权以下列出的个人及其办公室工作人员提供有关我的残疾和功能能力的信息,这些信息可能有助于文图拉县交通委员会的ADA认证协调员评估我的辅助交通/随叫随到服务申请。

提供者名称	职业
-------	----

地址

电话号码	传真号码(必填)
------	----------

我特此证明,这里提供的信息是完整和正确的,据我所知。我明白,在确定资格之前,我可能需要参加面对面的面试和评估。

我明白,如果我认为没有资格获得ADA辅助交通服务,我可以在收到书面决定后的60天内对该决定提出上诉,并且我将被告知此类上诉的程序。申请人签名

如果此申请由申请人以外的人完成,请在下方提供详细信息:	日期
-----------------------------	----

代表签名	日期
------	----

代表全名

*此人不能访问有关此申请的信息,除非也被列为法定监护人。

如有问题,请联系ADA认证协调员,电话:(888)-667-7001。

请通过邮件、电子邮件或传真返回完成的申请表。

Ventura County Transportation Commission
C/O Mobility Management Partners (MMP)
ATTN: ADA Certification Coordinator
4036 Adolfo Road, Camarillo, CA 93012
电子邮件:info@mobilitymp.org 传真:1-888-667-7002

请注意:ADA认证不能保证在您所在地区提供从起点到终点的服务。请与您当地的辅助交通运营商确认覆盖区域,因为可能会根据公司的决定以及车辆在特定位置安全导航的能力施加限制。

如果您需要立即的辅助交通服务,请完成此申请并提交给ADA认证协调员,然后再联系您当地的公共交通提供商。如果您不确定您当地的交通提供商,请致电(888) 667-7001。