

# Paratransit 服務申請表

**感謝您對 Spokane Transit Paratransit 服務的關注！**

所有希望獲得 Paratransit 服務資格的人員均必須完成資格審查程序，首先第一步就是要填寫本申請表。如欲瞭解更多資訊，請參閱隨申請表附帶的「Paratransit 資格」手冊，或造訪 [www.spokanetransit.com](http://www.spokanetransit.com)。

如果您在填寫本申請表時有任何疑問或需要協助，我們很樂意為您提供幫助。請致電 (509) 325-6052 或 (509) 232-6303 尋求協助。

## 說明

在提交申請表之前，請：

- 仔細閱讀申請表中附帶的「Paratransit 資格」手冊。
- 填寫本申請表的第 1-5 頁。*請清楚地列印。*
- 確保申請人或（如適用）法定監護人或授權委託人 (POA) 在申請表的第 4 頁簽名。**在處理申請之前需要簽名。**

- 如果您有法定監護人，則需要監護人在申請表上簽名。
- 未成年人的父母或法定監護人必須在申請表上簽名。

- 確保第 6 頁由醫療/精神健康服務提供方填寫並簽名。（請參閱第 5 頁的經核准的服務提供方清單。）

### 法定監護人或 POA 所需的額外附件

- 請提供當前監護證書和法院指定監護人命令文件的副本。
- 授權委託書文件必須包含授權 POA 有權代表申請人簽署醫療授權書的最新文件。
  - Spokane Transit 可能需要驗證 POA 是否有效的書面文件。

**填寫完整的 8 頁申請表必須同時交回。**

在向 STA 提供了所有必要資訊並完成了任何要求的本人親自參加的評估後，您的服務申請才算完成。評估不收取任何費用，如有需要，會提供交通服務。





<input type="checkbox"/> 新申請	<input type="checkbox"/> 重新認證
ID 號 _____	到期日： _____

## Paratransit 服務申請表

修訂日期：2017 年 1 月

姓氏 \_\_\_\_\_ 名字 \_\_\_\_\_ 中間名首字母 \_\_\_\_\_

郵寄地址 \_\_\_\_\_ 公寓/房間 # \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

Paratransit 接送地址 (如果與郵寄地址不同)

街道地址 \_\_\_\_\_ 公寓/房間 # \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_  男  女

MM/DD/YYYY

家庭電話 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 手機 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

電子郵件地址 \_\_\_\_\_

緊急聯絡人 \_\_\_\_\_ 關係 \_\_\_\_\_

家庭電話 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 手機 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

如果我們無法聯絡到您，請列出其他聯絡人

姓名 \_\_\_\_\_ 關係 \_\_\_\_\_

家庭電話 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 手機 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

透過提供緊急/備用電話號碼，即表示您授權 STA 或其代表可以就您的 Paratransit 服務與所列人員進行聯絡。

您是否會說並且聽得懂英語？  是  否 (請在下方註明其他語言)

申請人的姓名\_\_\_\_\_

1. 您的殘疾或限制性狀況是什麼？\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. 由於醫療、藥物或其他原因，您的限制是否會時常發生改變？  是  否  
如果是，請解釋：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. 您對 Paratransit 服務的需求是長期的還是臨時的？  
 長期的  臨時的 - 多久？\_\_\_\_\_

4. 您的記憶力是否因您的殘疾/限制狀況而受到影響？ 是  否  
如果「是」： 短期記憶  長期記憶

5. 您目前是否乘坐常規公車？  是  否  
您是否曾經在無人協助的情況下乘坐過常規公車？  
 是  否 如果是，多久以前？\_\_\_\_\_

6. 您是否能夠獨立：

	是	否	有时
往返於公車站？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上下配備坡道的公車？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
詢問、理解和/或遵循指示？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
規劃、理解並執行乘坐公車出行所需的行動？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

如果您在問題 6 中勾選了否或有时，請說明原因。(如有必要，請在第 8 頁使用附加行。)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

申請人的姓名 \_\_\_\_\_

7. 當您離開家時，您會使用以下哪些助行器具或設備？請勾選所有適用的選項，並註明您使用輔助工具的時間比例（例如：輔助手杖，90%；無輔助工具，10%）。

無輔助工具	_____%	電動輪椅	_____%
白手杖	_____%	電動代步車	_____%
支撐手杖	_____%	手動輪椅	_____%
拐杖	_____%	其他（請註明）	_____%
助行器	_____%		_____

8. 如果您勾選了一種以上的輔助工具，請描述您使用每種輔助工具的情況。

---

---

---

---

如果您使用代步車或輪椅，請跳至問題 10。

9. 當您**走**出家門時，您可以自己走多遠，或者借助拐杖或助行器等助行器具可以走多遠？  
街區數 \_\_\_\_\_  少於 1 個街區  無法行走任何距離
10. 如果您使用**手動輪椅**，您可以自推多遠？  
街區數 \_\_\_\_\_  少於 1 個街區  無法自推
11. 如果您使用**電動輪椅或代步車**，在沒有人協助的情況下您能走多遠？  
街區數 \_\_\_\_\_  少於 1 個街區  無法出行任何距離
12. 如果您有資格使用 Paratransit 服務，您是否需要：
- |                        | 是                        | 否                        | 有时                       |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 使用升降機登車？               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 需要帶一名助手（個人護理助手 - PCA）？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
13. 關於您的殘疾/限制性狀況，是否還有其他情況可以幫助我們更好地瞭解您的出行能力和限制？（如有必要，請在第 8 頁使用附加行。）

---

---

---

---

申請人的姓名 \_\_\_\_\_

**您是否知道...**Spokane Transit 提供免費訓練，以學習如何乘坐常規公車？參加訓練並不能作為限制或拒絕您獲得 Paratransit 資格的依據。

您是否感興趣？  是 - STA 出行行動訓練師會儘快與您聯絡。

否（如果否，請解釋） \_\_\_\_\_

---

### Paratransit 服務申請人協議和 資訊發佈授權書

透過簽署本申請，即表示您授權可以向 Spokane Transit 或其代表發佈必要的驗證資訊和其他資訊，以評估您接受 Paratransit 服務的資格。請注意，Spokane Transit 將根據您的聲明來確定您是否有資格依法享受 Paratransit 服務。此處所包含的聲明對於 Spokane Transit 的決定具有重要意義，Spokane Transit 可能會根據這些聲明採取行動。

Spokane Transit 可能會應要求與其他交通服務提供方分享您的資格認定結果，以方便您在 Spokane 以及其他交通區域的出行。

根據 Revised Code of Washington (RCW，華盛頓修訂法典) 第 42.56 章節的規定，Spokane Transit 使用的與您的 Paratransit 資格有關的文件（您的醫療服務提供方提供的資訊除外）可以根據公共記錄請求進行公開披露。如果有針對您的資格文件的公共記錄請求，Spokane Transit 會嘗試通知您。

本表格必須經由申請人簽署，或由申請人的法定監護人或授權委託人 (POA)（如適用）簽署。如果申請人未滿 18 歲，則必須由家長或法定監護人在本表格上簽字。如果該申請由法定監護人或 POA 簽署，請附上證明其有權簽署的最新文件。

**根據華盛頓州法律的規定，本人特此證明本申請所提供的資訊真實無誤，並承擔偽證處罰的責任。**

\_\_\_\_\_  
簽名（必填）

申請人

法定監護人

\_\_\_\_\_  
日期

授權委託人

\_\_\_\_\_  
正楷書寫姓名

\_\_\_\_\_  
聯絡電話

申請人的姓名 \_\_\_\_\_

**如果是由申請人以外的人員填寫的本申請，請填寫以下內容（請列印）。**

姓名 \_\_\_\_\_ 日間聯絡電話號碼 \_\_\_\_\_

與申請人的關係 \_\_\_\_\_ 機構 \_\_\_\_\_

---

**請注意：**熟悉您和您的殘疾/限制狀況的已獲得許可的醫療或心理健康服務提供方必須回答本申請第 6 頁的問題。經核准的服務提供方僅限於以下職業。

**本人經核准的服務提供方是一位**（請勾選下方對應的方塊）：

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 醫學博士 (MD 或 DO) | <input type="checkbox"/> 持照心理健康專業人員            |
| <input type="checkbox"/> 驗光師或眼科醫師       | <input type="checkbox"/> 物理或職業治療師              |
| <input type="checkbox"/> 心理學家 (Ph.D.)   | <input type="checkbox"/> MDS 護士（僅限來自專業護理機構的護士） |
| <input type="checkbox"/> 醫師助理或 ARNP     | <input type="checkbox"/> 經認證的定向與出行行動訓練師        |

如果您被告知獲得醫療或精神健康驗證需要付費，請致電 (509) 325-6052。Spokane Transit 也許能夠找到一種不收取所需證明費用的替代服務。

---

**請讓您經核准的已獲得許可的服務提供方填寫此  
Paratransit 申請的第 6 頁。**



申請人的姓名 \_\_\_\_\_

### 已獲得許可的服務提供方驗證

感謝您完成此申請。Spokane Transit 將利用這些資訊來幫助根據 Americans with Disabilities Act (ADA, 美國殘疾人法案) 來確定 Paratransit 的資格。Paratransit 是一項由稅收支援的服務，服務對象為因殘疾/限制狀況而無法乘坐配備坡道和無障礙設施的常規 STA 公車的個人。**年齡、服務的便利性、害怕摔倒、無駕駛能力、無攜帶包裹能力等因素均不屬於 Paratransit 服務的資格因素。**如有任何問題，請致電 (509) 325-6052 進行諮詢。

請檢視申請人在本申請表中所提供的資訊。根據您對申請人情況的瞭解，這些資訊是否準確？

是  否  有點

如果您勾選了否或有點，請解釋： \_\_\_\_\_

診斷/殘疾 (沒有症狀)	障礙程度 (圈出一項)			發病日期 (如果知道)
	輕度	中度	重度	
_____	輕度	中度	重度	_____
_____	輕度	中度	重度	_____
_____	輕度	中度	重度	_____
_____	輕度	中度	重度	_____
_____	輕度	中度	重度	_____

申請人對 Paratransit 服務的需求是否是臨時性的？ 是，直至 \_\_\_\_\_  否

如果申請人的病情預計會有好轉，如膝關節置換術或近期中風，您預計何時病情會穩定？

這些病症是否具有偶發性或嚴重程度不一？ 是 - 請在下方提供詳細資訊  否

請提供您認為相關的其他資訊，說明申請人的殘疾/限制性狀況為何會妨礙其使用常規公車服務。

根據華盛頓州法律的規定，本人特此證明本申請中的「服務提供方驗證」部分的資訊真實無誤，並承擔偽證處罰的責任。

已獲得許可的服務提供方的簽名 \_\_\_\_\_ 專業 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

正楷書寫姓名 \_\_\_\_\_ 組織 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_ 傳真 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州/郵遞區號 \_\_\_\_\_

## 申請人

感謝您提供 STA 確定您獲得 Paratransit 服務的資格所需的資訊。在 Spokane Transit 審核完您填寫的申請表後，如果需要額外的資訊和/或親自評估，會對您進行通知。STA 會在收到所有必要資訊後 21 個日曆日內做出資格認定，並向您發送書面通知。

如果最終確定您的資格需要 21 天以上的時間，我們會通知您，在資格確定之前，您有資格享受臨時的 Paratransit 服務。

請將本申請的全部 8 頁資料放在一起，同時交回。  
請將本申請表對折，然後按照背面的地址寄回或傳真至 (509) 232-6786。



**Paratransit Mobility Center  
Spokane Transit – The Plaza  
701 West Riverside Avenue  
Spokane, WA 99201**

Spokane Transit 根據 1964 年 Civil Rights Act (民權法案) 第 VI 章和 Americans with Disabilities Act (美國殘疾人法案) 的規定，確保不會發生歧視行為。如需瞭解更多資訊，請造訪 [www.spokanetransit.com](http://www.spokanetransit.com)。聽障或聽不清的人士可以透過 Relay 711 接入所有電話號碼。

根據要求，將為殘疾人士製作本文件的替代格式版本。請致電 (509) 325-6094 或發送電子郵件至 [ombudsman@spokanetransit.com](mailto:ombudsman@spokanetransit.com)。

## 補充資訊

6. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

其他：  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



請對折

Paratransit Mobility Center  
Spokane Transit – The Plaza  
701 West Riverside Avenue  
Spokane, WA 99201

請勿  
拆圖