



PO Box 1293
Albuquerque, NM 87103

앨버커키 시 / 썬 밴 (Sun Van) 보조 대중 교통서비스 신청

썬 밴(Sun Van)의 보조 교통 서비스에 관심을 가져 주셔서 감사합니다. 이 패킷에는 썬 밴 (Sun Van)의 보조 대중 교통 이용 자격을 신청하는 데 필요한 정보와 신청서가 포함되어 있습니다. 1990 년에 제정된 미국 장애인 법 (ADA)의 요구 사항의 일부로 모든 대중 교통 시스템에서 보조 대중 교통 서비스가 제공됩니다. 이 특수 유형의 대중 교통 서비스는 장애 또는 건강문제로 인해 일반 대중 교통 (버스 또는 ABQ RIDE)을 독립적으로 사용할 수 없는 분에게만 제공됩니다.

미국 장애인 법 (ADA)에 따라 버스 서비스를 운영하는 대중 교통 기관은 버스를 사용할 수 없는 장애인에게 유사한 서비스를 제공해야 합니다. 자격은 "기능적"기준에 근거합니다. 자격은 장애 유형, 이동 보조 유형, 또는 연령에 근거하지 않습니다. 전반적인 자격은 개인의 가장 제한적인 조건과 버스 사용을 방해하는 장벽이 있는 경우에 기초합니다. Paratransit 은 고정 경로 버스와 같은 시간대와 같은 지역에서 작동하는 "공동 승차"서비스입니다.

ADA 보조 대중 교통 서비스를 이용하려면 자격이 있음을 증명해야 합니다. 자격은 케이스 별로 결정됩니다. 미국 장애인 법 (ADA)의 규정에 따르면, 공공 교통 수단을 사용하지 못하게 하는 특정 제한이 있는 사람들에게만 자격이 엄격히 부여됩니다.

개인은 다음 3 가지 범주 중 하나를 기준으로 자격이 부여됩니다.

미국 장애인 법 (ADA)은 세 가지 범주의 무료 보조 대중 교통 서비스를 받을 자격이 있는 개인을 식별합니다. 아래의 경우, 장애를 가지고 있는 개인들에게 ADA 보조 대중 교통 서비스 자격이 부여됩니다.

1. 서비스 구역 내의 버스 정류장 또는 기차역에서 오 갈수 없을 경우.
2. 버스 경로 또는 철도 역에 접근 할 수 없기 때문에 고정 경로 시스템을 사용할 수 없을 경우.
3. 시스템을 독립적으로 탐색할 수 없을 경우.

귀하의 신청서는 일부 여정에 관해 완전한 자격 (무조건) 또는 조건부로 승인 될 수 있습니다. 다른 사람의 도움없이 일반 버스를 모든 여행에서 사용할 수 있는 것으로 판명되면 보조 대중 교통 서비스를 받을 수 없습니다.

ADA 보조 대중 교통 서비스에 대한 귀하의 자격 여부를 결정하는 데 도움이 되도록 동봉 한 신청서를 최대한 완전하고 철저히 작성하십시오. 답변을 줄 수 없는 질문이 있거나 이 신청서를 작성하는 데 도움이 필요하다면 **(505) 724-3100**으로 고객 서비스에 문의하십시오.

Sun Van 신청은 세 부분으로 나뉩니다. 신청서의 첫번째 부분은 신청자가 작성합니다. 신청자는 신청서를 직접 작성하거나 다른 사람이 도와서 작성할 수 있습니다. 신청서에 있는 모든 질문에 대한 답을 프린트하거나 손으로 직접 적으십시오. 모든 신청서는 완전히 작성되어야 합니다. 그렇지 않은 경우 처리되기 전에 신청자에게 반환될 수 있습니다. 신청자가 제공한 모든 정보는 엄격하게 비밀로 유지됩니다.

신청서의 두번째 부분은 면허 있는 의료 서비스 제공자가 작성해야 합니다.

신청서의 세번째 부분은 면담 인터뷰입니다. 첫번째와 두번째 부분의 작성이 끝나면 면담 인터뷰 일정이 잡히기 전에 아래 주소로 부치거나 직접 제출 또는 팩스 (505) 212-0131 로 전달해야 합니다.

완성 된 신청서를 받으면 면접 준비를 위해 전화 할 것입니다. 썬 밴 (Sun Van) 면접은 자격 과정의 필수 부분입니다. 신청자는 인터뷰에 출석해야 합니다. 필요한 경우 썬 밴 (Sun Van)과 면담을 주고 받을 수 있습니다. Sun Van 면담 인터뷰는 아래 주소에서 진행됩니다 :

The Transit Department Administrative Offices
Alvarado Transportation Center
100 1st Street SW
(1st Street 와 Central Avenue 가 접경 되는 곳의 동남쪽)

신청 과정은 면접 일로부터 21 일이 걸릴 수 있습니다. 신청 절차가 완료되면 신청자에게 자격 여부, 자격 유효 기간, 자격 조건, 개인보호자와 동승 할 수 있는 자격 여부에 관해 신청자에게 ID 카드와 "Sun Van 과 당신!" 소책자가 동봉된 편지가 배송됩니다.

면접 일로부터 21 일 이내에 신청자가 자격 통지를 받지 못하면 신청자는 Sun Van 을 탈 수 있는 자격을 부여 받을 수 있는 추정 적 자격을 받게 됩니다. Sun Van 서비스는 Sun Van 이 신청을 거부 할 때까지 제공됩니다.

앨버커키 시 / 썬 밴 (Sun Van) 보조 대중 교통서비스 신청

가능한 철저히 귀하의 능력을 최대한 활용하여 이 신청서를 작성하십시오.
답변을 줄 수 없는 질문이 있거나 이 신청서를 작성하는 데 도움이 필요한
경우 (505) 724 - 3100 으로 고객 서비스에 문의하십시오. 신청서에 대한 모든
질문에 답변해야 합니다. 그렇지 않은 경우 반환됩니다. 면허 있는 의사 또는

건강 관리 전문가는 이 신청서의 두번째 부분에서 건강 관리 제공자 인증을 완료 해야 합니다.

첫번째 부분 : 지원자 정보

프린트 하거나 파란색 혹은 검은색 필로 직접

적으십시오.

새 신청자 재 인증 - 아이디 _____

이름:

이름	중간 이니셜	성
----	--------	---

주소: _____

아파트 번호: _____

빌딩 이름 혹은 번호: _____

게이트 코드: _____

도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

첫번째로 주로 쓰는 번호: () _____ 가정 핸드폰 회사

두번째로 주로 쓰는 번호: () _____ 가정 핸드폰 회사

이메일 주소: _____

생일: _____ 성별: 남 여

선호하는 언어:

영어 스페인어 다른 언어: _____

긴급 연락처: _____

주간 전화: _____ 저녁 전화: _____

신청자와의 관계: _____

장애 및 건강 상태 정보

1. 어떤 장애가 진단 되었습니까?

2. 진단 날짜:

3. 장애로 인해 일반 버스를 사용할 수 없습니까?

예 아니오

예로 답할 시 장애로 인해 일반 버스를 사용할 수 없는 경우를 설명하십시오.

4. 설명하신 상황이 아래 어느 경우에 해당 됩니까?

영구적 일시적 모릅니다.

임시적인 경우, 당신의 상태가 얼마나 오래 지속 될 것으로 생각하십니까?

5. 귀하의 장애가 매일 또는 계절에 따라 변합니까?

예 아니오

예로 답할 시 구체적인 상황을 설명하십시오.

6. 설명하신 상황이 일상 버스 서비스를 이용하는 데 영향을 미치도록 매일 바뀌나요?

예. 어떤 날들에는 좋고 어떤 날들에는 나쁩니다.

아니오.

모릅니다.

7. 장애로 인해 버스 정류장을 오가는 길을 찾는 방법을 이해하고 기억하는 것이 어렵습니까?

예 아니오

예로 답할 시 구체적인 상황을 설명하십시오.

이동 능력 정보

8. 현재 이동 보조 장치 또는 특수 장비를 사용하고 있습니까?

예 아니오

그렇다면 적용 되는 모든 것을 선택하십시오.

버팀대 수동 휠체어 스쿠터

흰색 지팡이 보철 목발

지팡이 전동 휠체어 봉사 동물

워커 휴대용 산소

통신 보드 / 장치

기타 (구체적으로): _____

9. 휠체어 또는 스쿠터를 사용하는 경우, 당신과 장치의 합한 무게가 800

파운드 이상입니까?

예 아니오 해당 사항 없음

10. 봉사 동물을 이용합니까? 예 아니오 때로는

그렇다면 동물의 유형과 동물이 수행 할 수 있는 훈련 내용을

설명하십시오: _____

11. 휠체어 또는 스쿠터를 사용하는 경우 거주지에 휠체어 경사로가

있습니까?

예 아니오 해당 사항 없음

경사로가 없는 경우 몇 계단이 있습니까? _____

두 계단 이상이라면 어떻게 휠체어를 거리로 어떻게 옮기니까?

주의사항:

- 썬 밴 에서 휠체어 또는 기타 이동 보조 장치를 이용하는 사용자는
사용자와 이동 보조 장치의 총 중량이 800 파운드 미만이어야 만 수송 할
수 있으며 이동 보조 장치가 길이 51 인치, 또는 너비 33 인치를 넘지
않아야 함을 명심해야 합니다. 이 측정치에 가까울 것으로 생각되면 자격
면접에서 이를 표시하십시오.
- 귀하의 여행 출발지와 목적지는 경사로 또는 승강기로 접근 할 수 있어야
합니다. 경사로 또는 승강기가 없는 경우, 위아래로 이동할 수 있도록

당신을 도울 수 있는 사람을 배치하십시오. 운전자는 휠체어를 계단 위 또는 아래로 이동해야 하거나 경사로 위 또는 아래로 밀어줘야만 하는 사용자를 도울 수 없습니다.

현재 여행 정보

12. 현재 자주 가는 곳으로 어떻게 여행합니까?

(해당되는 모든 것을 체크하세요):

버스 썬 밴 드라이브

택시 누군가 저를 데려 갑니다.

□다른 방식

13. 보통의 이동 보조기로 다른 사람의 도움없이 몇 개의 도시 블록을 이동할 수 있습니까? _____

14. 타는 것을 기다려야 하는 경우에 가장 잘 설명한 것은?

□10 분에서 15 분 동안 혼자 기다릴 수 있었습니다.

□좌석 및 / 또는 피난처가 있는 경우에만 10 분에서 15 분 동안 혼자 기다릴 수 있습니다.

□나는 _____ 때문에 나와 함께 기다릴 누군가가 필요할 것이다.

15. 다음 중 귀하에 대해 가장 잘 묘사 한 것은 무엇입니까?

□저는 정규 버스 서비스를 한 번도 사용하지 않았습니다. 왜냐하면

□저는 정기적인 버스 서비스를 사용했으나 장애가 시작된 이후부터는 사용하지 않았습니다.

□저는 저를 기다리거나 돕기 위해 누군가가 필요합니다. 왜냐하면

□현재 고정 정액 정기 노선 버스 서비스를 이용하고 있으며 다음 경로를 타고 있습니다 :

16. 버스 서비스를 이용할 때 어려움이 있습니까? "예"인 경우 무엇입니까?

17. 집 밖에서 여행 할 때 동행 할 사람이 필요합니까 (예: 개인 간병 수행자, 특별히 개인적인 필요를 돕기 위해 지정된 또는 고용 된 사람)? 예 아니오
그렇다면, 그 사람이 당신을 위해 어떤 지원을 합니까?

18. 집과 가장 가까운 버스 정류장은 몇 블록입니까? (대략적인 블록 수 또는 거리를 제공하십시오) _____

19. 집에서 가장 가까운 버스 정류장에서 혼자 갈 수 있습니까?

예 아니오

"아니오"인 경우 이유를 설명하십시오.

20. 날씨가 정규 버스 사용 능력에 영향을 줍니까?

예 아니오

"예"인 경우 설명하십시오.

21. 버스 시스템 사용 방법에 대한 교육을 받은 적이 있습니까?

예 아니오

"예"인 경우 언제?

"예"인 경우 성공적으로 교육을 마쳤습니까? 예 아니오

22. 여행 교육을 받고 싶습니까? 예 아니오

23. 당신이 살고있는 지형을 어떻게 묘사하겠습니까? (예 : 평지, 가파른 언덕, 점진적인 경사 언덕 등) _____

24. 근처에 인행 도로가 있습니까? 예 아니오

25. 가장 가까운 버스 정류장에 인행 도로가 있습니까? 예 아니오

26. 가장 자주 방문하는 목적지 3 개와 현재 목적지까지 가는 방법을

나열하십시오.

	목적지 1	목적지 2	목적지 3
목적지 이름:			
구체적 주소:			
얼마나 자주 거기를 여행합니까? (한달 이내)? :			
현재 어떻게 거기에 도착합니까?			

27. 집에서 가장 가까운 버스 정류장까지의 거리는 얼마입니까?

2 블록 미만 2 ~ 4 블록 확실하지 않음

5 ~ 7 블록 7 블록 초과

28. 가장 자주 가는 목적지로부터 가장 가까운 버스 정류장까지의 거리는 얼마입니까?

2 블록 미만 2 ~ 4 블록 확실하지 않음

5 ~ 7 블록 7 블록 초과

신청인 확인서

이 신청서의 목적은 내가 Sun Van의 보조 대중 교통 서비스를 받을 수 있는 자격이 되는지를 결정하는 것임을 이해합니다.

이 신청서에 서명함으로써 본인은 본인이 본 신청서에 답변하는 것이 진실이었으며 본인이 제공 한 정보가 본인이 아는 한 정확함을 증명합니다. 본인은 이 정보의 위조가 Paratransit 서비스의 손실을 초래할 수 있음을 이해합니다.

Paratransit 서비스를 더 이상 사용할 필요가 없다면 Sun Van에게 알리는 것에 동의합니다.

신청자 서명

날짜

또는 신청자가 서명 할 수 없는 경우 :

여기에 서명함으로써 귀하는 귀하가

이 신청서에 명시된 신청자를 대표할 자격이 있음을 증명합니다.

위임 대표 이름

신청자와의 관계

위임 대표 서명

날짜

참고 사항 : 귀하의 장애가 귀하의 자격 상태를 변경하기에 충분할 정도로 개선되면 저희에게 통보하는 것은 귀하의 책임입니다. 귀하가 자격이 있다고 판정된 후에 귀하의 상태가 좋아지거나 허위 정보를 발견하면 귀하의 자격이 정지되거나 재 신청을 요청 받을 수 있습니다.

두번째 부분: 건강 관리 제공자에 대한 고지

친애하는 건강 관리 제공자 분 :

귀하의 환자는 Sun Van 보조 교통 서비스에 대한 자격을 요청했습니다. 썬 밴 (Sun Van)은 ABQ RIDE를 항상 혹은 가끔 타고 다니지 못하는 장애가 있는 것으로 진단 된 사람들에게 보조 대중 교통 서비스를 제공합니다.

신청자의 건강 관리 서비스 제공자로서 당신은 당신의 환자분의 ABQ RIDE 접근 가능한 버스 시스템을 타기 위한 기능적 능력과 한계를 명확히 밝힐

자격이 있습니다. 이 신청자의 기능적 능력을 결정하기 위해 신청자가 아닌 건강 관리 제공자가 다음 부분을 모두 작성하고 인증해야 합니다. 신청자의 장애가 접근 가능한 고정 경로 시스템에서 독립적으로 탑승, 이동 및 여행 할 수 있는 능력에 미치는 영향을 자세히 기재하십시오. 가능한 구체적으로 작성하십시오.

첨부된 면허가 있는 의료 인증에서 귀하가 제공하는 정보는 Sun Van 담당자가 신청자에 대한 적절한 평가를 하고 그들의 요구를 가장 잘 충족시킬 수 있는 방법을 결정할 수 있게 합니다.

각 사람에 대한 귀하의 평가는 연령이나 의료 진단이 아닌 정기적인 고정 경로 대중 교통 서비스를 사용하는 기능적 능력에만 기초해야 합니다.

주의 사항 : 버스 정류장에 오가는 것 또는 버스를 탑승하기가 싫거나 불편하다고 생각되는 사람은 자격에 포함되지 않습니다.

신청 또는 검토 절차에 대해 궁금한 사항이 있으면 Sun Van (전화) (505) 724-3100으로 문의하십시오.

면허 있는 보건 의료 제공자 전문 검증

면허가 있는 의료 서비스 제공자가 작성해야 합니다.

프린트 하거나 똑똑하게 적으십시오.

신청자 이름:

신청자의 마지막 방문 날짜:

장애에 관한 의료 진단: _____

이 장애는 영구적입니까? 예 아니오

일시적인 경우, 신청자는 언제 정상적인 여행 패턴을 재개 할 수 있습니까?

날짜: _____ / _____ / _____

장애가 간헐적입니까? 예 아니오

신청자의 장애가 고정 경로 버스 시스템을 사용할 수 있는 능력에 미치는

영향에 대해 설명하십시오.

이 장애로 인해 신청자가 고정 노선 버스 시스템을 오가거나 승차 할 수

없습니까? 예 아니오

"예"인 경우 설명하십시오:

이 장애는 치료에 따라 크게 개선 될 것입니까? 예 아니오

악화 될 가능성은? 예 아니오

신청인에게 개인 간병 수행자 (환자와 함께 여행 할 사람)가 필요합니까?

예 아니오

신청자의 장애 / 상태는 어떤 상황에서 발작합니까?

신청자는 다음과 같은 정신적 능력, 시각 및 청각 능력을 가지고 있습니까?

주소와 전화 번호를 알려 줄 수 있습니까? 예 아니오

목적지 또는 표식을 인식합니까? 예 아니오

평소와 다른 예기치 않은 상황을 처리 할 수 있습니까? 예 아니오

방향을 묻거나 이해하고 따를 수 있습니까? 예 아니오

불비거나 복잡한 시설을 안전하게 여행 할 수 있습니까? 예 아니오

위의 질문에 "아니오" 라고 답하였으면 상황을 설명하십시오.

Sun Van이 알아야 할 다른 건강 상태가 있습니까? 예 아니오

"예"인 경우 설명하십시오:

신청자는 도움 없이 얼마나 걸을 수 있습니까?

한 개 블록 미만입니까? (200ft.)

한 개 블록 이상인 경우 몇 개가 있습니까? _____

신청자가 도움없이 세 개 계단 (12-14 인치) 위로 올라갈 수 있습니까?

예 아니오

신청인이 난간을 짚 수 있습니까? 예 아니오

신청자가 이동 장비를 사용합니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

버팀대 수동 휠체어 스쿠터

흰색 지팡이 보철 목발

지팡이 전동 휠체어 봉사 동물

워커 휴대용 산소

통신 보드 / 장치

기타 (구체적으로): _____

장애로 인해 신청자가 버스 시스템을 오가거나 또는 버스 시스템을 탈 수

없습니까? 예 아니오

그렇다면 설명하십시오 :

날씨가 신청자의 여행 능력에 영향을 줍니까? 예 아니오

그렇다면 기상 조건 및 영향을 설명하십시오. _____

신청자는 시각 장애가 있습니까?

예 아니오

최상의 교정 시력:

오른 쪽 눈: ____ / ____ 왼 쪽 눈 : ____ / ____

건강 관리 제공자 인증

면허 있는 의료 서비스 제공자:

이름	성	타이틀 (예. MD, NP, PA)
----	---	---------------------

면허/인증 번호: _____

주소: _____

도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

오피스 전화 번호 #: _____ 팩스 #: _____

전공 분야: _____

본인은 이 신청서에 포함 된 정보가 본인의 지식과 능력을 최대한 발휘하여
정확하고 사실임을 증명합니다. 본인은 열거 된 장애 진단이 본인의 검토를
거쳤으며 정확하고 사실이며 이 신청서에 언급 된 신청자의 현재 신체적
및 / 또는 정신적 상태를 나타냄을 확인합니다.

서명 _____ 날짜: ____/____/____