



CATS ADA 자격 신청

신청자님께:

살럿 지역 교통 시스템(CATS) ADA 보조 교통수단 자격 신청에 관련하여 문의주셔서 감사합니다. 본 신청서는 CATS 보조 교통 서비스 이용 자격을 신청하거나 갱신하기 위한 것입니다.

신청서를 작성하기 전에 동봉된 자료를 주의깊게 읽어주시기 바랍니다.

CATS 보조 교통 서비스는 고정 노선 버스 또는 철도 서비스를 이용할 수 없는 장애인에게 제공되는 서비스입니다. 고정 노선 버스를 이용할 수 없다는 것은 버스 정류장 간 이동이 불가능하고 버스 승하차가 불가능하며 버스 탑승 및 이용법의 이해가 불가능한 것을 포함합니다.

CATS는 ADA 보조 교통수단 이용 자격이 있는 분들이 일반 고정 노선 버스나 철도 서비스를 이용하여 이동이 불가능한 노선을 이용할 경우에 출발지에서 도착지까지 이동할 수 있는 승차 공유 서비스를 제공합니다. 예를 들어 정류장이 인근에 있고 버스 승하차를 방해하는 방해물이 없을 경우 일부 노선서 버스 서비스를 이용할 수 있습니다. 그러나 다른 경우 버스 정류장으로의 이동 또는 버스 이용이 불가능할 수도 있습니다.

자격 범주는 아래와 같이 5가지가 있습니다.

무조건부 자격

해당 수준의 서비스는 탑승자가 이용 가능한 이동 일정의 시기나 이유에 제한이 없습니다. 해당 수준은 어떤 수준으로도 고정 버스 노선/철도 시스템을 이용할 수 없는 사람들을 위한 것입니다. 임시 인증인지 영구 인증인지 여부는 예정된 이동의 수량이나 이유에 영향을 미치지 않습니다.

1. 무조건부 자격 - 임시

해당 수준의 인증은 탑승자의 자격에 따라 재인증 또는 재평가를 더 자주 받아야 합니다.

2. 무조건부 자격 - 영구

해당 수준의 인증은 상황이 개선되지 않는 사람들을 위한 것입니다.

조건부 자격

해당 수준의 서비스는 고정 버스 노선/철도 서비스를 가끔씩 이용할 수 없는 사람들을 위한 것입니다.



CATS ADA 자격 신청

이 탑승자에게는 목적지까지 이동하기 위해 고정 버스 노선/철도 서비스를 배분하여 효과적으로 이용할 수 있는 방법을 파악하기 위한 이동 훈련을 제공해야 합니다. 이동 훈련이 필수는 아닙니다.

3. 조건부 자격 - 임시

해당 수준의 서비스는 일부 필요한 용도로만 보조 교통수단을 이용하여 고정 버스 노선/철도 시스템을 이용할 수 있는 사람들을 위한 것입니다. 탑승객에 영향을 미치는 조건은 개선될 것으로 예상됩니다. 이 수준은 만료되어 재인증이 필요한 정상적인 일정보다 짧게 지속될 수 있습니다. 일정을 잡을 때 조건이 이러한 이동을 충족하는지 확인하기 위한 이동 심사가 수행됩니다.

4. 조건부 자격 - 영구

탑승자는 가끔 고정 버스 노선/철도 시스템을 이용할 수 있습니다. 이 제한은 개선되지 않을 것이며, 악화되지도 않을 것입니다.

5. 부적합

부적합 또는 서비스 거부로 판정될 경우 거부 사유를 자세히 기술한 서신이 발송됩니다. 이 서신에는 이의제기 절차에 대한 안내도 동봉됩니다.

신청인의 서비스 이용 자격을 더 정확히 파악할 수 있도록, **다음 신청 정보를 최대한 완전하고 정확하게 작성해 주시기 바랍니다.** 신청서의 질문은 신청인의 고정 노선 혹은 보조 교통 서비스를 이용할 수 있는 환경을 판단하기 위한 것입니다.

양식 작성에 도움이 필요하거나 궁금한 점이 있으면 **CATS** 사무실에 문의하시기 바랍니다. 이 서신과 신청서는 큰 활자체 및 기타 대체 언어 및 양식으로도 이용 가능합니다.

신청자가 신청서의 파트 **A**를 작성한 후, 면허가 있는 건강 관리 혹은 재활 전문가가 신청서의 파트 **B**를 작성하도록 해주시기 바랍니다. **빈 칸이 한 곳이라도 있을 경우 신청서는 반송됩니다.** 신청서에 작성하는 정보는 모두 기밀 취급됩니다.

이 신청서에 의료 자료나 의료 정보를 첨부하지 마십시오. 추후 인터뷰 시 의료 정보를 지참할 수 있습니다.

작성한 신청서의 접수 후 수일 내로 전화 연락을 통해 **CATS** 고정 노선 서비스 이용 자격 심사를 위한 대면 인터뷰 및 기능 평가 일정을 잡게 됩니다.



CATS ADA 자격 신청

작성한 신청서는 접수일로부터 **21일** 내에 처리됩니다. 이후 이용 자격 상태가 서면으로 통보됩니다. 자격 평가 및 최종 결정에 추가 검토가 필요할 경우 임시 자격이 부여됩니다.

CATS 고정 노선 서비스 이용이 가능하여 ADA 보조 교통수단 이용 자격이 없다고 판단될 경우에는 해당 결정 사유를 통보드리게 됩니다. 서면을 통해 결정 내용에 이의제기를 할 수 있습니다. 단, 이의제기 절차를 **30일** 이내에 끝낼 수 없는 경우가 아니라면 이의제기 절차가 진행되는 동안 ADA 서비스는 제공되지 않습니다.

이 신청서는 마지막 페이지의 제출 버튼을 눌러 전자 제출하거나(제출 버튼은 필수 영역을 모두 작성할 때만 작동), 신청인의 의료 제공자가 이 신청서의 파트 B를 작성한 후 이메일로 보내거나 인쇄하여 우편으로 보내실 수 있습니다. 우편 주소는 다음과 같습니다.

CATS Paratransit - Eligibility
901 North Davidson Street
Charlotte NC 28206

신청서를 제출하거나 문의하시려면 CATSADAEligibility@ci.charlotte.nc.us로 이메일을 보내주시면 됩니다.



CATS
ADA 자격 신청

파트 A (이 부분은 모든 신청자가 반드시 작성해야 합니다)

신청인 정보

과거에 자격 신청을 한 적이 있습니까*? (*는 필수 영역)		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		탑승자 ID# [대외비]	
이름*:		가운데 이름		성*	
이름*:		가운데 이름		성*	
집 주소					
도로명 (Street)*:				동호수 (Apt/Ste #)	
도시 (City)*:		주 (State)*:		우편번호 (Zip)*:	
우편 주소(다를 경우)					
도로명 (Street):					
도시 (City):		주 (State):		우편번호 (Zip):	
*전화 (주로 쓰는 번호에 표시)		휴대폰:		집 전화:	
이메일*:					
인구 통계					
생년월일*: (mm/dd/yyyy)				<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	
주 언어*:		<input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 기타		기타인 경우 기술해 주십시오.	
이용 가능한 양식:		<input type="checkbox"/> 표준 <input type="checkbox"/> 큰 활자 <input type="checkbox"/> 기타		기타인 경우 기술해 주십시오.	
		<input type="checkbox"/> 점자 <input type="checkbox"/> 오디오 테이프 또는 .mp3 파일			
비상 연락처					
이름*:				관계:	
휴대폰 번호		집 전화 번호		직장 전 화번호	



CATS ADA 자격 신청

인증을 신청하는 신청인 본인이 아닌 제 3자가 이 신청서를 작성하는 경우 다음 정보를 기재하십시오.				
이름:				
주소:	도로명(Street):			
	도시(City):	주(State):		우편번호(Zip):
관계:			전화(주간):	
에이전시:				
서명:			날짜:	

장애 정보*

1.	어떤 장애나 질병 때문에 고정 노선 버스 시스템을 이용하지 못하십니까?	
2.	장애로 인해 어떻게 혼자 고정 노선 버스를 이용하지 못하는지 설명해 주십시오.	
3.	기술하신 조건:	<input type="checkbox"/> 영구적 <input type="checkbox"/> 일시적 일시적이라면, 얼마나 지속됩니까?
4.	의학적으로 입증된 온도 민감성이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 온도 범위:
5.	기타 기상 조건(바람, 어스름/어둠 및/또는 눈부심) 등이 장애에 영향을 미칩니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예 를 선택한 경우 설명해 주십시오.
6.	시각 장애가 있으십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예 를 선택한 경우 설명해 주십시오.
7.	기상 또는 환경에 따라 호흡에 영향을 받으십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예 를 선택한 경우 설명해 주십시오.
8.	치료 후 장애 범위에 변동이 있으십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예 를 선택한 경우 설명해 주십시오.



CATS ADA 자격 신청

버스 정류장에서/버스 정류장으로 이동*

9.	고정 노선 버스 정류장, 목적지, 위치 및/또는 교차로를 독립적으로 찾아갈 수 있으십니까?	<input type="checkbox"/> 예 아니요를 선택한 경우, 설명해 주십시오.	<input type="checkbox"/> 아니요
10.	해가 진 후 독립적으로 이동이 가능하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 아니요를 선택한 경우, 설명해 주십시오.	<input type="checkbox"/> 아니요
11.	독립적으로 안전하게 400피트(축구장 약 4개 길이)를 다른 사람의 도움없이 이동할 수 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 아니요를 선택한 경우, 설명해 주십시오.	<input type="checkbox"/> 아니요
12.	독립적으로 안전하게 60미터를 다른 사람의 도움없이 이동할 수 있으십니까?	<input type="checkbox"/> 예 아니요를 선택한 경우, 설명해 주십시오.	<input type="checkbox"/> 아니요
13.	독립적으로 인근 버스 정류장을 왕복하는 것이 가능하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 아니요를 선택한 경우, 설명해 주십시오.	<input type="checkbox"/> 아니요
14.	최단거리 대중교통 정류장으로의 왕복이 가능하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 아니요를 선택한 경우, 설명해 주십시오.	<input type="checkbox"/> 아니요
15.	버스를 몇 분이나 기다릴 수 있습니까?		
16.	사용할 수 있는 이동 보조 장비를 기술해 주십시오.		
	<input type="checkbox"/> 지지용 지팡이 <input type="checkbox"/> 목발 <input type="checkbox"/> 보행기 <input type="checkbox"/> 다리 보조기 <input type="checkbox"/> 수동 휠체어 <input type="checkbox"/> 전동 휠체어 <input type="checkbox"/> 전동 스쿠터	<input type="checkbox"/> 휴대용 산소 <input type="checkbox"/> 훈련 받은 장애인 보조 동물 <input type="checkbox"/> 통신 장비 <input type="checkbox"/> 시각장애인용 지팡이 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 기타	기타 설명:

미국연방규정집 제49편 B부 III장 B절 390관(Title 49, Subtitle B, Chapter III, Subchapter B, Part 390)에서는 일반 휠체어를 "3륜 이상 장비 군에 속하고, 실내에서 사용 가능하며, 이동성 장애인을 위해 설계 또는 개조되었고 이동성 장애인이 사용하는 수동 또는 전동 이동 보조 장비"로 정의합니다.

일반적으로, 너비 76cm, 길이 122cm, 무게 272kg을 초과하는 이동 장비를 실었을 때에는 모든 CATS 차량에 접근이 가능하다고 보장할 수 없습니다. 탑승자의 이동 장비가 이 규격을 초과하는 경우, CATS는 보조 교통수단 서비스의 이용 가능성을 보장할 수 없습니다.



CATS
ADA 자격 신청

버스 승차 및 하차*

17.	독립적으로 안전하게 30cm 높이의 계단 3개를 오르내릴 수 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 아니오를 선택한 경우, 설명해 주십시오.	<input type="checkbox"/> 아니요
18.	도움없이 휠체어 배려 버스를 승하차하는 것이 가능하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 아니오를 선택한 경우, 설명해 주십시오.	<input type="checkbox"/> 아니요
19.	버스 승하차 시 손잡이나 난간, 동전이나 버스표 등을 잡는 것이 가능하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 아니오를 선택한 경우, 설명해 주십시오.	<input type="checkbox"/> 아니요
20.	버스 앞문에 리프트 등의 발판 장치가 있을 경우 승하차가 가능하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 아니오를 선택한 경우, 설명해 주십시오.	<input type="checkbox"/> 아니요
21.	도움없이 버스를 승하차하는 것이 가능하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 아니오를 선택한 경우, 설명해 주십시오.	<input type="checkbox"/> 아니요
22.	함께 이동할 (개인 간병인, 시각 안내인 등) 수행인이나 장애인 보조 동물이 필요하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 예를 선택한 경우, 수행인이나 장애인 보조 동물이 제공하는 도움에 대해 설명해 주십시오.	<input type="checkbox"/> 아니요
23.	10세 미만의 아동과 이동하십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요



CATS ADA 자격 신청

정보 공개*

신청인 본인은 본 신청서의 목적이 본인의 살렛 지역 교통 시스템(CATS) ADA 보조 교통수단 서비스의 이용 자격 판단임을 이해합니다. 본인은 본 신청서의 **파트 B**를 작성한 전문가가 살렛 지역 교통 시스템 및 자격 검토위원들에게 본인의 장애 또는 질병에 관한 정보를 공개하는 것을 승인하며, 법이 요구하지 않는 한 여기에 포함된 정보가 기밀로 취급됨을 이해합니다. 또한 살렛 지역 교통 시스템이 재량에 따라 추가 정보 요청 권리를 가짐을 이해합니다. 본인은 무상 보조 교통 서비스의 이용 자격에 영향을 미치는 장애에 어떤 변화가 있을 경우 살렛 지역 교통 시스템에 통보한다는 것에 동의합니다. 또한 이로 인해 본인의 탑승자 자격에 영향을 받을 수 있음을 이해합니다.

본인은 **ADA 무상 보조 교통 서비스의 인증을 요청하는 당사자인 것과 상기한 정보가 모두 사실이며 정확함을 보증하는 바입니다:**

신청인 이름(정자체)*:		날짜*:	
신청인 서명*:			
부모 또는 법적 후견인 서명(신청인이 서명할 수 없는 경우)			
부모 또는 법적 후견인 서명:			
서명:			
날짜:			

신청서를 작성해 주셔서 감사합니다.

이 신청서에 대한 심사 결정이 결정 사유와 함께 신청서 접수 후 21일 이내에 서면으로 통보됩니다.

자격 신청이 거부되거나 조건부 자격이 부여된 신청인의 경우 60일 이내에 서면으로 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 이의제기 절차를 30일 이내에 끝낼 수 없는 경우가 아니라면 이의제기 절차가 진행되는 동안 ADA 서비스는 제공되지 않습니다. 보조 교통수단 이용 자격은 기능 제한의 영구성, 일시성과 무관하게 최대 3년까지 부여됩니다.



CATS ADA 자격 신청

****신청서를 모두 작성하지 않을 경우 신청인에게 반송됩니다.****

파트 B

의료 전문가 확인

이 부분은 신청인의 장애 또는 질병 및 신청인의 생활 기능을 잘 알고 있는 면허가 있는 건강 관리 또는 재활 전문가가 작성해야 합니다.

환자 정보	
환자 이름(정자체):	
환자 생년월일 (mm/dd/yyyy):	
환자 주소:	
환자 전화번호:	
(탑승자 ID# 대외비)	

1990년 미국 장애인법(49 CFR 37.121, Subpart F)에 따라 귀하는 파트 A 및 본 신청서의 상단에서 위 작성인이 살던 지역 교통 시스템(CATS) 고정 노선 교통 서비스 이용 자격과 관련한 정보를 제공해야 합니다. CATS는 고정 노선 버스 또는 철도 시스템을 가끔 또는 항상 이용할 수 없는 장애나 질병을 지닌 사람들에게 ADA 보조 교통 서비스를 제공할 수 있습니다. 고정 노선 버스 또는 철도 서비스를 이용할 수 없다는 것은 버스/철도 정류장 간 이동이 불가능하고 버스/철도차량 승하차가 불가능하며 교통 서비스 탑승 및 이용법의 이해가 불가능한 것을 포함합니다. 귀하가 제공하는 정보를 통해 CATS는 요청을 평가하고 이러한 개인의 특별한 요구조건을 파악할 수 있습니다. 협조해 주셔서 감사합니다.

주의: CATS 고정 노선 버스 및 철도 시스템은 버스/철도차량, 연석으로 기울어지는 차량 승하차를 위한 경사로 및/또는 차량 정차 음성 알람이 필요한 장애인이 이용할 수 있습니다. ADA 보조 교통 수단 신청자는 다음과 같은 이유로 이러한 서비스에 접근할 수 없어야 합니다.

- CATS 고정 노선 버스 정류장으로 왕복할 수 없거나 차량을 환승할 수 없는 조건
- 경사로를 이용하여 버스에 승하차, 탑승할 수 없는 조건

이러한 일을 수행하는 것이 불편하거나 힘든 자는 보조 교통 서비스를 이용할 자격이 없으며 귀하에게 이를 확인해 줄 것이 요청되었습니다.

1. 본 신청서의 파트 A 전체를 읽어주십시오.
2. 제공된 기준에 따라 신청서의 파트 B를 작성해 주십시오.
3. 신청서를 신청인에게 되돌려 주십시오.



CATS ADA 자격 신청

4. 신청인의 이용 자격에 관한 의문이 남아 있는 경우 추가 정보를 위해 연락을 받으실 수도 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CATS(전화: (704) 336-5055)으로 문의주시기 바랍니다.

의료 전문가 입증				
본인은 파트 A 전체를 읽었습니다.	예	<input type="checkbox"/>	아니요	
본인은 이 신청인을 전에 본 적이 있습니다.	예	<input type="checkbox"/>	아니요	
'아니요'를 선택한 경우, 설명해 주십시오.				
신청인을 마지막으로 보거나 진료한 날짜는 언제입니까?				
신청인의 장애 상태(일반적인 용어):				
인지 장애인 경우, 신청인의 인지적 나이 또는 IQ 수준은 어떻습니까?				
신청인이 집에서 보행로까지 독립적으로 이동할 수 있다고 생각합니다.				
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 가끔씩 <i>'아니요' 또는 "가끔씩"을 선택한 경우 설명해 주십시오.</i>				
신청인이 사용하는 이동 보조 기구를 적어 주십시오.				
이동 보조 기구를 사용하고(해당 시) 경로에 중요한 장애물이 없는 경우, 신청인은 도움 없이 독립적으로 얼마나 이동할 수 있습니까? 최대 거리를 선택해 주십시오.				
<input type="checkbox"/> 400미터 미만 <input type="checkbox"/> 400미터 <input type="checkbox"/> 800미터 <input type="checkbox"/> 1200미터 <input type="checkbox"/> 1200미터 이상				
시각 장애인인 경우, 최대 교정 시력을 기입해 주십시오.				
스넬렌:	오른쪽:	왼쪽:		
시야 협착:	오른쪽:	왼쪽:	검사일:	
신청인의 이동 능력은 의학적 치료, 환경 조건(열, 습도, 추위, 눈, 얼음)이나 기타 관련 요인에 의해 변합니까?				
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input checked="" type="checkbox"/> 가끔씩 <i>'예' 또는 '가끔씩'을 선택한 경우 설명해 주십시오.</i>				
신청인의 조건	<input type="checkbox"/> 영구적 <input type="checkbox"/> 일시적 (개월 수) _____			



CATS ADA 자격 신청

추가 의견:	

이 신청인의 대중 교통 이용에 관한 귀하의 의견을 가장 잘 나타내는 문장에 이니셜을 기입해 주십시오.	
	이 신청인은 고정 노선 버스 서비스에 성공적으로 접근할 수 있습니다.
	이 신청인은 여러 기능적 제한 때문에 고정 노선 버스 서비스를 이용할 수 없습니다.
	이 신청인은 아래와 같은 특정 상황에서 고정 노선 버스 서비스를 이용할 수 있습니다.

<p>본인은 본인이 이 문서에 제공한 정보가 이 신청인의 의학적 장애 또는 질병을 공정하게 설명하고 있고 본인이 아는 한 정확하다는 것을 확인합니다. 본인은 이 문서에 제공한 정보가 신청인의 보조 교통 서비스 이용 자격을 판단하기 위한 목적으로만 사용된다는 것을 이해하고 있습니다. 또한, 본인은 본인이 제공한 정보를 확인하기 위해 CATS가 본인에게 연락할 수 있고 성실하게 응답할 것임에 동의합니다.</p>			
의료 전문가 이름(정자체)			
회사 또는 에이전시			
주소			
면허 또는 인증서 번호			
전화		팩스	
다른 전문가가 본 신청서를 작성하는 것은 허용되지 않습니다. 소속 단체(적절한 명칭을 선택하십시오).			
<input type="checkbox"/> 면허가 있는 의사 <input type="checkbox"/> 면허가 있는 물리 치료사 <input type="checkbox"/> 면허가 있는 작업 치료사 <input type="checkbox"/> 자격증이 있는 사회 복지사 <input type="checkbox"/> 자격증이 있는 보행/이동 전문가 <input type="checkbox"/> 자격증이 있는 심리학자/정신과의사 <input type="checkbox"/> 자격증이 있는 재활 상담사 <input type="checkbox"/> 기타:			
서명:		날짜:	