



资格申请

尊敬的客户：

感谢您垂询夏洛蒂地区客运系统（CATS）特殊交通服务（STS）的资格申请事宜。附件为一份《美国残疾人法案》辅助客运系统资格证明申请书，以及一份概述资格认证流程的说明书。

在填写申请表前，敬请仔细阅读附件内容。

STS是CATS向因残疾而无法使用固定路线公交服务的个人而提供的辅助客运服务。无法使用固定路线公交服务的情况可包括：无法往返公交车站、无法上下公交车，或无法理解如何乘坐和使用公交系统。

STS向被确认为“符合《美国残疾人法案》辅助客运系统资格”的人员提供面包车/共享搭乘服务，帮助此类人员实现采用常规固定路线的公交服务无法实现的行程。例如，如果公交车站就在附近，而且您能够毫无障碍地往返于公交车站，您就能够使用公交服务来实现某些行程。在某些情况下，您可能无法前往公交车站，也无法乘坐公交车。STS的作用就在于在此类情况下为您提供帮助。

申请资格分为三类：

有条件暂时受限：您有时可以乘坐固定路线的公交车，有时则需要辅助客运系统。功能限制有望得以改善。

有条件长期受限：您有时可以乘坐固定路线的公交车，有时则需要辅助客运系统。功能限制不会改善，且有可能恶化。

无条件绝对受限：您因功能限制而无法乘坐固定路线的公交车。

为了让我们能够准确地确定您享受该服务的资格，**请尽量完整地、准确地填写附件的申请表**。这些问题旨在确定您在哪些情况下可以使用固定路线的公交服务或享受辅助客运服务。



填写表格时，如果您需要协助，或有疑问，敬请联系STS办公室。本信件及申请表还有大字印刷版及其他替代版本。

申请表填写完毕后，请让注册医疗人员或康复专业人士填写最后一页并签字。**申请表上若有任何一栏留空，则该申请表将予以退回。**您在本申请表中提供的信息皆为保密。

切勿在本申请表中附上任何医疗档案或信息。您可以在面试时带上医疗信息。

我们收到填妥的申请表后，将在数天内电话联系您，安排现场面试以及功能评估，从而确定您使用CATS固定路线公交服务的能力。

填妥的申请表将在收到后**21**天内进行处理。届时，您将收到确定您资格状态的书面通知。如果我们需要更多时间来完成评估和确认资格，我们将授予您暂时的资格。

如果我们确定您能够使用CATS固定路线的公交服务，因此无法享受STS，我们将告知您作出该决定的缘由。您可以就该决定提出书面申诉。然而，在申诉审理期间，您无法享受STS服务，除非**30**天内未能达成申诉结果。



申请人信息

称谓：先生 夫人 小姐 女士

姓名_____

地址_____

电话/聋人电讯设备号码（白天）_____（夜晚）_____

出生日期_____/_____/_____ 男 女

第一语言： 英语 西班牙语 手语 其他：_____

沟通格式： 标准字体 大字体 盲文 录音带
 其他：_____

资格类别： 有条件 无条件 暂时 长期

若本申请表并非由申请人本人填写，则代填人必须填写以下信息：

姓名：_____

地址：_____

电话：（白天）_____（夜晚）_____

签字：_____

日期：_____

紧急联系人：请列出两名 STS 可以联系的紧急联系人，包括支持专业人士、机构或熟悉您的残疾情况的人员：

姓名：_____工作电话：_____家庭电话：_____

地址：_____

关系：_____

姓名：_____工作电话：_____家庭电话：_____

地址：_____

关系：_____



申请人残疾情况

您是新客户还是准备订正资格的老客户？ 新客户 准备订正资格的老客户
如果您准备订正资格，那么您的健康状况/残疾状况有所改变了吗？如果是，请解释：

1. 什么残疾状况让您无法乘坐固定路线的公交车？

2. 请解释为何您的残疾状况让您无法独自乘坐固定路线的公交车：

3. 您描述的残疾状况： 长期的 时好时坏
 暂时的？如果是暂时的，预计会持续多久？ _____

4. 您是否患有医学定义上的寒冷敏感性？ 是 否
在什么温度以上或以下？ _____
如果是，请解释： _____

5. 您是否患有医学定义上的炎热敏感性？ 是 否
在什么温度以上或以下？ _____
如果是，请解释： _____

6. 其他天气情况（风、黄昏/黑暗及/或强光）是否会影响您的残疾情况？
如果是，请解释： _____



7. 您的视力是否受损? 是 否 偶尔
如果选择“是”或“偶尔”，请解释：

8. 天气或周遭环境条件是否会影响您的呼吸?
 是 否 偶尔
如果选择“是”或“偶尔”，请解释：

9. 经治疗后，您的残疾程度会有所改变吗?
 是 否 偶尔
如果选择“是”或“偶尔”，请解释：

10. 关于您的残疾状况，您是否还有其他评论或额外信息需要进行解释？



往返公交车站

1. 您能否独自找到固定路线的公交车站、目的地、地点及/或过马路？

是 否 偶尔

如果选择“否”或“偶尔”，请解释：

2. 天黑后您能否独自出行？ 是 否 偶尔

如果选择“否”或“偶尔”，请解释：

3. 在没有他人帮助的情况下，您能否安全地独自走¼英里（400米，相当于4个街区）？ 是 否 偶尔

如果选择“否”或“偶尔”，请解释：

4. 在没有他人帮助的情况下，您能否安全地独自走200英尺（60米）？

是 否 偶尔

如果选择“否”或“偶尔”，请解释：

5. 您能否独自走到邻近的公交车站并返回？ 是 否 偶尔

如果选择“否”或“偶尔”，请解释：

6. 在没有协助或支持的情况下，您能否在外面等待十（10）分钟？

是 否 偶尔

如果选择“否”或“偶尔”，请解释：

7. 您能否独自离开和返回您的常规目的地（邻近的公交车站）？

是 否 偶尔

如果选择“否”或“偶尔”，请解释：



8. 您能否等待 15 分钟以上? 是 否 偶尔
如果可以, 时长是: _____ 分钟

9. 天气良好时, 您能否在平地上出行?
 是 否 偶尔
如果选择“否”或“偶尔”, 请解释:

10. 天气良好时, 您能否在不太陡的斜坡上出行?
 是 否 偶尔
如果选择“否”或“偶尔”, 请解释:

11. 您能否往返于最近的公共交通车站?
 是 否 偶尔
如果选择“否”或“偶尔”, 请解释:

12. 如果有座位或公交车候车亭, 您能否等车?
 是 否 偶尔
如果选择“否”或“偶尔”, 请解释:

13. 如果没有座位或公交车候车亭, 您能否等车? 是 否
如果选择“否”, 请解释:

14. 您可以等多久公交车? _____ 分钟。



公交车上落

1. 您能否独自安全地上下三（3）级 12 英寸（30 厘米）高的阶梯？

是 否 偶尔

如果选择“否”或“偶尔”，请解释：

2. 您能否在无须协助的情况下登上、乘坐和登下方便轮椅上落的公交车？

是 否 偶尔

如果选择“否”或“偶尔”，请解释：

3. 在上落公交车的时候，您能否扶住扶手或栏杆？能否抓住硬币或车票？

是 否 偶尔

如果选择“否”或“偶尔”，请解释：

4. 如果公交车装有电梯或可以降低前门的高度，您能否上落此类车辆？

是 否 偶尔

如果选择“否”或“偶尔”，请解释：

5. 您能否在无须协助的情况下上落公交车？

是 否 偶尔

如果选择“否”或“偶尔”，请解释：



服务提供

1. 您使用轮椅还是小摩托? 是 否
宽度是多少? _____英寸

使用时的重量是多少? _____磅。

该信息并不用于确认申请人是否符合享受辅助客运服务的资格。申请人须自行了解其机动设备的尺寸及其是否超出普通轮椅的定义。

根据《1990年美国残疾人法案》的定义，普通轮椅不得超过**30英寸（76厘米）宽、48英寸（122厘米）长**，且使用时重量不得超过**600磅（272公斤）**。

如果您的机动设备超过以上尺寸，《美国残疾人法案》不能保证能够提供辅助客运服务。

2. 在出行时，您是否使用下列机动辅助器械或专用设备？勾选所有适合的选项。

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 拐杖 | <input type="checkbox"/> 服务型动物 | <input type="checkbox"/> 通讯板 |
| <input type="checkbox"/> 白色拐杖 | <input type="checkbox"/> 电动轮椅 | <input type="checkbox"/> 大型电动椅（超出《美国残疾人法案》规定尺寸） |
| <input type="checkbox"/> 助步车 | <input type="checkbox"/> 电动摩托（三轮） | |
| <input type="checkbox"/> 腋拐 | <input type="checkbox"/> 手推轮椅 | <input type="checkbox"/> 其他辅助器械: _____ |

3. 如果您使用轮椅或小摩托，您是否也会在辅助客运系统上使用？

是 否 偶尔

如果选择“否”或“偶尔”，请解释：

4. 您能否在您的机动设备的帮助下，在公交车站等待 15 分钟？

是 否 偶尔

如果选择“否”或“偶尔”，请解释： _____



5. 您是否需要陪同人员（私人护理员、导盲人员）一同出行？陪同人员可以为您的任何个人或出行需求提供协助，例如过马路、上下楼梯，等等。

是 否 偶尔

如果选择“是”或“偶尔”，请解释此人员提供的协助类型：

6. 您是否与 10 岁下的儿童一同出行？ 是 否



信息透露

本人为申请人，本人已了解，本申请表之目的为确定我是否有资格享受特殊交通服务（STS）。我同意把信息透露给代表夏洛特地区客运系统（CATS）的卡罗莱纳康复中心（Carolinas Rehabilitation）以及任何资格审核小组，并了解本申请表所包含的信息将会被严格保密，法律另有规定除外。我进一步了解到，代表夏洛特地区客运系统（CATS）的卡罗莱纳康复中心保留酌情要求补充更多信息的权力。若本人的残疾状况的变化会影响到我使用补充性辅助客运服务的能力，我同意将任何变化通知 STS。我也了解到这可能会影响我作为乘客的资格。

本人特此证明，本人是申请《美国人残疾法案》补充性辅助客运服务的个人，上述信息均为真实且准确：

签字：_____ 日期：_____

申请人姓名（正楷书写）：_____

准备人姓名（正楷书写）：_____

如果准备人是机构代表，请正楷书写机构名称：

电话号码：_____

父母或法定监护人签字：_____

日期：_____

感谢您填写本申请表。

我们收到本申请表 **21** 天内，您将会收到资格认定及认定理由的书面通知。

若被认定不符合资格，或被认定符合有条件的资格，任何人均可在 60 天内提出书面申诉的要求。在申诉审理期间，您无法享受 STS 服务，除非 30 天内未能达成申诉结果。无论功能限制是长久性还是暂时性，STS 资格均一次性授予三（3）年。



专业人士验证

为了能够恰如其分地评估本申请，代表夏洛特地区客运系统的卡罗莱纳康复中心将联系您的医疗或康复专业人士来确认您提供的信息。请让您的医疗或康复提供机构填写以下授权书并签名。

注：如有可能，请让熟悉您的残疾情况、了解您使用公共交通系统是否力有不逮的专业人士填写本表格。此类专业人士可以包括：

- 康复专家
- 独立生活顾问
- 社工
- 心理学家
- 职业重建顾问
- 心理健康顾问
- 职业或物理治疗师
- 医生或注册护士

以下医疗或康复专业人士熟悉我的残疾情况，并被授权向代表夏洛特地区客运系统的卡罗莱纳康复中心提供任何信息，用以确认本申请表内包含的任何信息，或用以澄清我的残疾引起的任何功能限制。

由医疗或康复专业人士填写

姓名： _____

地址： _____

电话/聋人电讯设备号码（白天）： _____ 传真： _____

电邮地址： _____

签名： _____ 日期： _____