



900 10^{번째} 스트리트, 코랄 빌, IA 52241
(319) 248-1790

ADA의 PARATRANSIT 자격 신청 및 지침

친애하는 고객 :

"ADA Paratransit" 서비스에 대한 자격에 대해 문의 해 주셔서 감사합니다. ADA Paratransit 신청서의 사본을 동봉. 이것을 읽고 동봉 된 재료를 주의 깊게 응용 프로그램을 완료하기 전에 하시기 바랍니다.

1990 년 미국 장애인 법 (ADA)는 보드, 그들의 장애에 접근 고정 노선 버스에 타고 또는 얻을 수 없는 장애를 가진 개인에게 동등한 대중 교통을 제공하기 위해 코랄 빌 환승이 필요합니다. 이 서비스는 장애가 없는 개인에게 제공되는 서비스와 비교해야 합니다. 법은 누구에게로와 Paratransit의 교통을 이용 부여 할 수 있다 어떤 상황 자격에 따라 매우 다릅니다. Paratransit 자격이 자동 장애로 인해 가정하지 않습니다.

당신 담당자를 완전히 모든 질문에 답해야 합니다. 당신이 접근 가능한 버스가 필요합니다 사용하고 그 정보를 서명 및 데이트에 의한 완전하고 정확한지 증명해야 합니다에 대한 귀하의 장애는 기능적으로 도전 만드는 방법에 대한 자세한 설명. 당신은 또한 당신의 의사 또는 의료 기관에 의해 완료 될 의료 / 전문 검증 양식을 찾을 수 있습니다. **철저 가능한 응용 프로그램을 작성하십시오.** 질문은 우리의 서비스를 사용하여 당신이 가지고 있는 특정 제한을 결정하는데 도움이 될 것입니다.

이 응용 프로그램의 의료 검증 부분을 완료하는 데 전문으로 당신을 보고 면허 의료 전문가 (친척이나 친구가 되지 않음)을 위해 필요하다. 이 사람은 간호사, 사회 복지사, 의사, 물리 치료사, 심리학자, 작업 치료사, 척추 교정, 언어 병리학, 보조 의사, 전문 간호사 또는 의료 시설에 고용 정신 건강 상담 할 수 있다. **지원이 응용 프로그램을 완료에 필요한 경우 저희 사무실에 문의하십시오.**

클라이언트와 의료 전문가 검증 FORM BOTH이 완료되어야 하며, TOGETHER 제출했다. 모든 섹션을 비워지는 경우는 응용 프로그램으로 돌아갑니다 당신 AS 불완전하고 IT가 인증 프로세스를 지연시킵니다.

이 응용 프로그램에서 제공하는 정보는 비밀이 보장됩니다.

모든 신청자는 신규 또는 재 인증을 신청하는 사람인지, 새 응용 프로그램을 작성해야 합니다. 인 - 사람 인터뷰 및 / 또는 기능적 평가를 포함 할 수 있다 ADA 인증 프로세스는 코랄 빌 교통의 고정 노선 서비스를 사용하기 위해 당신의 능력을 확인합니다.

:응용 프로그램에 반환해야
코랄 빌 교통
담당자 비키
Robrock (900) 10^일
거리
코랄 빌, IA 52241

당신은 코랄 빌의 ADA Paratransit 서비스에 대한 자격을 결정하는 경우, 자격은 다음 유형 중 하나

일 것입니다 :

1. 조건부 자격 :

당신은 사용할 수 있습니다 고정 경로 대한 **일부에** 당신의 여행의버스, 다른 여행을 위해 ADA Paratransit 서비스에 대한 자격.

2. 무조건 자격 :

장애 또는 건강 상태가 항상 고정 노선 버스를 사용하지 못하도록하고 당신이 ADA Paratransit을받을 수 **모든** 당신의 여행의있습니다.

3. 임시 자격 :

건강 상태 나 장애를 가지고 **일시적으로** 고정 노선 버스를 사용하지 못하도록있고 지정된 시간 동안 ADA Paratransit을받을 수 있습니다.

판정 보드 타고 충분히 접근 고정 경로 차량으로부터 독립적 하차하는 개인의 능력에 기초하여 이루어진다. 지형 및 건축 구조도 고려하고 있습니다. 모든 신청자는이 교통의 결정이 아니라 의료 인증 인 것을 깨닫게하는 것이 중요합니다.

지역 또는 특정 일정 시간에 코랄 빌 교통 고정 노선 서비스의 부족은 ADA Paratransit 자격에 관해서는 충분한 정당성을 충족하지 않습니다. 코랄 빌의 ADA Paratransit 서비스는 통합 도시 한도 내에서 서비스를 제공하거나 자격이 결정된에 대한 고정 노선 버스 서비스와 동일한 시간 동안 코랄 빌 교통의 버스 노선의 마일 외부의 3/4.

적격의 판정이 완료된 애플리케이션 접수 21 일 이내 코랄 빌 수송에 의해 제조 될 것이다. 응용 프로그램이 21 일 이내 처리되지 않을 경우, 추정 자격이한22 부여됩니다. ^{일당일에} 될 때까지 응용 프로그램이 서면으로 거부되지 않는 코랄 빌 교통은 ADA의 paratransit 서비스에 대한 자격에 대한 결정을 서면으로 통지합니다. 그것은 당신이 고정 노선 시스템을 사용할 수 있습니다 및 paratransit 서비스를받을 수없는 것으로 판단되면, 코랄 빌 교통이 결정에 대한 이유를 설명합니다. 당신이결정만족하는 경우는 **서비스를받을수 없음** 코랄 빌의 ADA Paratransit 및 / 또는 자격의 종류에 결정에 대해 이의를 제기 할 수있다. 계획기구)에서면 매력은 **MPOJC (존슨 카운티 메트로폴리탄** 거부 문자의 60 일 이내에 접수되어야합니다. 단순히 당신이 만든 한 결정에 대해 이의를 제기하기를 원하며 느끼는 이유는 ADA Paratransit 서비스를받을 수 있어야 내용의 편지를 제출합니다. 기타 관련 정보의 사본을 첨부합니다. 결정이 최종 결정된다. 당신의 상태가 악화하는 경우에만 응용 프로그램을 다시 제출할 수 있습니다. 항소 절차가 30 일 이내에 결론을 내릴 수 없습니다하지 않는 한 ADA Paratransit 서비스는 항소 과정에서 제공되지 않습니다.

항소는 서면으로하고 전달해야합니다 MPOJC

수신: ADA Paratransit 항소

410E. 워싱턴

아이오와 시티, IA 52240

저녁 전화 : (____) _____

장애 정보

1. 장애의 유형은 표준 버스 서비스를 사용하지 못하도록 하는 어떤 종류의 또는(모두 체크)

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 신체 장애 | <input type="checkbox"/> 시각 장애 |
| <input type="checkbox"/> 발달 장애 | <input type="checkbox"/> 정신 질환 |
| <input type="checkbox"/> 기타 | <input type="checkbox"/> 아무도 |

2. 장애인가하지: 영구적 또는 일시적 만약임시; 예상 기간은 무엇인가: _____/_____/_____ 날짜?

3. 여행하는 동안 당신이 사용합니까 다음과 같은 이동성 보좌관의 (해당 모두 확인하세요)

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 수수 | <input type="checkbox"/> 초대형 휠체어 | <input type="checkbox"/> 보철물 |
| <input type="checkbox"/> 긴 흰 지팡이 | <input type="checkbox"/> 힘 휠체어 | <input type="checkbox"/> 통신 보드 |
| <input type="checkbox"/> 휴대용 산소 | <input type="checkbox"/> 수동 휠체어 | <input type="checkbox"/> 다른 _____ |
| <input type="checkbox"/> 워커 | <input type="checkbox"/> 전원스쿠터 / 카트 | <input type="checkbox"/> 없음 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 서비스 동물 | |

4. 목발/수동 또는 전원 휠체어나 스쿠터를 사용하십니까? 예 아니오

폭 (인치) _____ 길이 (인치) _____ 무게

(승용차 + 이동 장치) _____

- | | 예 | 아니
오 | 가끔 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. 당신이 당신의 모바일 장치와 공용 정류장에서 15 분 기다릴 수 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 당신은 차량 좌석에 휠체어에서 전송할 수 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [
] |
| 7. 당신은 열에 민감한 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [
] |
| 8. 당신은 추위에 민감하다? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [
] |
| 9. 다른 날씨 / 조명 조건은 장애에 영향을합니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [
] |
| 10. 호흡은 날씨 나 환경 조건에 의해 영향을 받습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [
] |
| 11. 치료 / 약물 치료 후 장애 변화를합니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [
] |

12. 당신이 응답한 경우 **아니오** 또는 **때때로** 질문에 5-11, 아래에 설명해 주십시오 또는 필요한 경우 추가 용지를 첨부 :

13. 걸을 수 있는 먼 어떤 조건의 가장 아래 (또는 여행 당신의 이동성 지원을 사용) 하지 않고 다른 사람의 도움?

미만 1 블록

1 블록

2 개 블록 (1/4 마일)

마일) 여행을 할 수 없습니다

6 개 블록

이상 6 개 블록은

1 야외 혼자 4 개 블록 (1/2

예 아니오 가끔

14. 인쇄 된 정보를 인식 할 수 있습니까?

15. 당신은 자신에 의해 거리를 교차 할 수 있습니까?

16. 당신은 여행 또는 어두운 후 스스로 주변에 얻을 수 있습니까?

17. 당신은 인도 및 기타 보행자 방법에 따라 혼자서 여행을 할 수 있습니까?

18. 당신은 자신에 의해 상점이나 쇼핑물 주변에 점점 수 있는 편안한 있는가?

19. 당신은 커브와 다른 드롭 오프를 감지 할 수 있습니까?

20. 당신은 중지를 하고 마을 여행 할 수 독립적으로 버스로 있습니까?

21. 당신은 지원이나 밖에서 기다려 할 수 십오 (15) 분에 대한 지원 없이 있습니까?

22. 과 정류장에서 받지 못하게 장벽이 버스 있습니까?

23. 당신은 떠나 일반 반환 할 수 독립적으로 (로컬 버스 정류장) 목적지로 있습니까?

24. 당신은 좋은 날씨에 평평한 표면에 여행 할 수 있습니까?

25. 당신은 좋은 날씨에 경사 약간에 여행 할 수 있습니까?

- | | 예 | 아니오 | 가끔 |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| 26. 좌석 버스 대피소가 있다면당신은 기다릴 수 있을까요? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. 좌석 버스 대피소가 아니었다면당신은 기다릴 수 있을까요? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. 당신은, 또는 버스 운전자에게 패스를 보여 요금 상자에 동전이나 표를 삽입하여 요금을 지불 할 수? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 를 |
| 29. 독립적으로 전화하거나할 수 여행 예약을 취소있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 30. 당신은여행하는거주지와 장소에 혼자 기다릴 수 당신이 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 31. 하나를 제공 한 경우당신은 독립적으로 택시를 탈 수 있을까요? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 32. 요청시 주소와 전화 번호를 제공 할 수 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. 당신은 요청 이해하고 지시를 따를 수 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. 당신은 일상에 예기치 않은 변화에 적응 할 수 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. 질문응답 한 경우 없음 또는 때때로 (14)에- 34 설명하십시오 또는 필요한 경우 추가 용지를 첨부 : | | | |

36. 당신이 여행 할 때 당신이 퍼스널 케어 수행자 (PCA)의 서비스를 필요로 하는가? (이 사람은 당신이 당신의 여행을 같이 등 독자로 서비스를 제공, 이동성 지원, 퍼스널 케어, 통신, 교통, 수화 통역과 함께 당신을 도울 것입니다 동반자 또는 에스코트하지만, 사람이 아니다). 예 아니오

:퍼스널 케어 수행자 이름을 _____

(In order for your Personal Care Attendant to ride with you at no charge, you must inform the reservation/dispatch office staff that you will be accompanied by a Personal Care Attendant when making your ride request. The Personal Care Attendant is then responsible for assisting you, not the ADA Paratransit Driver.)

37. 합리적인 수정 요청 (선택 사항) 코랄 빌 교통 서비스에 액세스하는 방법에 대한 위해 (장애를 가진 개인)에 코랄 빌 교통 정책, 관행 또는 절차에 대한 수정을 설명지정하십시오.(이러한 요청은 일정 ADA Paratransit 놀이기구에 대한 서비스로 만들어 질 수있다.)

코랄 빌 교통이 고객에게 안전하고 신뢰할 수있는, 정중한, 접근 사용자 친화적인 서비스를 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 평등과 공정성을 보장하기 위해, 코랄 빌 교통 차별을 방지하고, 프로그램 및 서비스가 장애인에 액세스 할 수 있도록하기 위해 정책, 관행 및 절차를 합리적으로 수정합니다.

탑승 및 버스를 종료

- | | 예 | 아니오 | 가끔 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 당신은 지금 일반 고정 노선 버스 서비스를 사용하지 마십시오? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 정기 노선 서비스를 사용하지 못하도록 정신 / 감정 상태의 변화를 인식 할 수 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 당신이 가야하고 집이나 거주지의 단계 아래로합니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 당신은 안전하고 독립적으로 세 가지 (3) 12 인치 단계 아래로 걸어 수 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 당신은 보드를 타고, 또는 도움없이 휠체어 접근 가능한 버스를 종료 할 수 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 당신은 손잡이 나 난간 탑승 또는 버스를 종료하면서 파악 할 수 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 당신이 탑승하거나 버스의 전면을 낮추는 리프트 또는 kneeler이있는 경우 차량을 종료 할 수 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 도움없이 및 버스 승하차 할 수 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 질문응답 한 경우 없음 또는 때때로 1- 8 설명해주십시오 : | | | |

10. 당신이 이제까지 사회를 여행하는 방법 또는 고정 된 노선 버스를 사용하는 방법을 배울 수 있는 교육 경험이 있습니까? 예 아니오

11. 당신이 정기적으로 고정 노선 버스 시스템을 타고 도움이 될 일이 없습니까? (해당 사항을 모두 확인하시기 바랍니다) :

- 예, 누군가가 경로, 일정 및 요금 정보를 이해하기 위해 가르쳐 경우 예, 사람이 어떻게 버스를 타고어떻게하는나를 보여한다면
- 예, 누군가가 나에게 보여 주었다 경우 리프트를 사용하여 버스에 내가 사는 곳 가까이 와서 [가] 아니,이 중 어느 것도 도움 것이다 이동해야한다면 예,

정보신청자의출시를

버스가, I, 이해얻을이용용 프로그램의 목적 이다는 코랄 빌 교통의 paratransit 서비스를 이용할 수 있도록 자격을 결정합니다. 본인은 본인의 장애 및 ADA의 paratransit 자격 인증에 대한 내 요청과 관련하여 필요할 수있다 여행 내 능력에 미치는 영향에 대한 정보를 공개하는 내 보건 의료 전문가를 승인합니다.

나는 paratransit 서비스를 사용하기 위해 내 능력에 영향을 미치는 본인의 장애 상태에 변화의 코랄 빌 교통을 통보하는 데 동의합니다. 본인은이 응용 프로그램의 정보가 사실이며 정확하다는 것을 증명합니다. 나는 정보의 위조 서비스 거부가 발생할 수 있음을 이해합니다. 나는 모든 정보는 비밀로 유지되며, 내가 요청하는 서비스를 제공하고 필요한 정보 만 공개됩니다 이해합니다.

:본인은 내가 ADA의 paratransit 서비스에 대한이 응용 프로그램에 포함 된 모든 정보가 사실이며 정확하다는 것을 인증을 요청하는 개인임을 증명

서명 _____

날짜 : _____

신청자의 인쇄 이름 : _____

신청자는 미성년자 또는 법적 보호자가있는 경우 부모 나 보호자는이 응용 프로그램에 서명하고, 여기에 포함 된 정보의 정확성을 증명해야 합니다.

부모 또는 법적 보호자의 서명 : _____

날짜 : _____

신청자의 관계 _____

전화 : _____

응용 프로그램의 다음 부분은 지원자의 비활성화 상태 및 / 또는 기능 제한에 대해 잘 알고있는 건강 관리 또는 전문 인간의 서비스로 작성해야 합니다.

아래 제공된 공간에서 명확 응용 프로그램을 확인합니다 전문의 이름을 인쇄하고 그 / 그녀의 위치를 지정합니다.

전문 의 이름 _____

전문 제휴 :

라이선스 의사

허가 작업 치료사

간호사 (LPN 또는 RN)

인증 재활

라이선스 물리 치료사

라이선스 사회 복지사

인증 심리학자

음성 병리학

- [] 비전 전문가
- [] 정신과 의사, 심리학자 또는
정신 건강 상담

- [] 오리엔테이션 / 모바일 전문가
- [] 이비인후과 / 듣기 전문가
- [] 안과

의사의장애인의 검증

양식의이 부분은 신청인취급하고 적절한 의료, 인증 또는 라이선스 전문가가 작성하고 서명되어야합니다

친애을건강 관리 전문 :

1990 년 미국 장애인 법 (ADA)는 그 장애들이 시간의 일부 또는 전부를 버스를 사용하지 못하도록 사람들에게 paratransit 서비스를 제공하기 위해 대중 교통 기관을 필요로한다. 및 버스 정류장에서 혼자 장애와 **자격을하지 않습니다.**거리,그 자체로, ADA 파라 교통 서비스에 대한 사람을 불편 및 / 또는 편안함을 감소 **없습니다.** 자격을위한기초 클라이언트의 상태는 **방지해야합니다.** 버스로 이동을 당신이 제공하는 정보는이 신청자에 대한 적절한 결정을 할 수있게됩니다. 모든 정보는 기밀로 유지됩니다. 에 감사하다 당신의 도움이.

클라이언트 이름 _____

신청자가 문 서비스에 paratransit 문을 필요로하는 이유로 "진단"을 나열하지 마십시오. 우리는 조건 또는 장애는 기능적으로 불가능 신청자가 정규 고정 노선 버스 서비스를 이용 할 수있게하는 방법에 대한 자세한 정보가 필요합니다. 우리의 평가는 교통의 결정이 아니라 의료 인증입니다.

법은 누구에게로와 코랄 빌 교통의 ADA 파라 통과 교통을 이용 부여 할 수있다 어떤 상황 자격에 따라 매우 다릅니다.

모든 코랄 빌 교통 버스에 액세스 기능을 가지고 있습니다 :

- 모든 고정 장치와 함께, 휠체어 리프트 또는 경사로를 갖추고 있습니다.
- 대부분의 버스는 무릎을 꿇고 능력을 가지고있다. (쉽게 탑승을 제공하기 위해 낮출 수있다) • 버스 약 50 %가 연석으로부터 하나 개의 스텝 업을 갖는다.
- 버스 사업자는 전송 포인트와 요청 된 모든 정지를 발표합니다.
- 고객 서비스 전화 회선 (들) 버스 일정 정보를 제공하고 버스 노선 사이의 전송을 포함, 자신의 여행 경로를 고객에게 도움을 사용할 수 있습니다.

코랄 빌 TRANSIT
319-248-1790
900 10TH STREET
코랄 빌, IA 52241

의료 / 전문 확인

(진료 기록의 사본하지 요청)

신청자의 이름 : _____ 이

1. 신청자의 가장 최근 시험의 날짜를 표시하시기 바랍니다 : _____ / _____ / _____

2. 보내기신청자가 할 수 있는 정신 능력이

주소와 전화 번호를 있습니까? 예 아니오

대상이나 랜드 마크를 인식하지? 예 없음
?

일상에서 예상치 못한 변화 (들)과 거래 예 아니오
오

이해하고 지시에 따라, 요청하지? 예 없음

안전 / 효율적으로 봄비는 복잡한 시설을 통해여행? 예

3. :아니오이신청자의 조건과 관련된 기능하는 제한 지정 (모든 해당 사항을 확인하지 않음)

이동성 장애 인 장애 ** 훼손 지구력

근육 호흡 기타_

시각장애 총 부분

청각 장애 총

부분이개인인지 장애를 가지고있는 경우,이 개인에게 해당 사항을 모두 적어주십시오 **: :

교통을 기다리는 혼자 할 수 없습니다

표시 동작 그 대중 교통은 그녀는 / 무엇에탑승해야 차량을 인식 할 수 없습니다 사용하여 자신이나 다른 사람에 대한

4. 그는이개인의 상태의 예상 기간 안전하지?

영구은 임시 / / 날짜

5. 신청자는 모바일 장치를 사용합니까? 해당 사항을 모두 확인하시기 바랍니다.

수수 초대형 휠체어 보철물

긴 흰 지팡이 힘 휠체어 통신 보드

휴대용 산소 수동 휠체어 다른_

워커 전원 스쿠터 / 카트 없음

[] 목발 서비스 동물 알 수없는

6. 얼마나 멀리 할 수 있는 버스 정류장 또는 대상 /에서 신청자 여행? 확인해주시시오.

도움없이 도보

여행 없습니다거리에 상관없이

하나 개의 축구 의 길이를없습니다? (3백피트)

모바일 장치를 사용하여

필드의거리여행 할 수

일 개 축구 필드의 길이? [일 개

시티 블록 미만? (500피트) 일 개시 블록 미만?
 축구 필드와 다시 하나 개의 길이?(600피트) 축구장 하나 개의 길이와 백? 트랙
 주위 [하나 무릎? (1,320피트) 트랙 주위 하나 무릎?

7. 얼마나 신청자는 버스 정류장에서 외부 기다릴 수 있습니까?

	앞아	서	모바일 장치 사용
없음기다릴	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
0 - 5 분	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - 10 분	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[10
- 20 분	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 + 분		<input type="checkbox"/>]	<input type="checkbox"/>

8. 장애 / 조건은 휠체어 버스를 타고에서 신청자를 방지합니까? 예
 아니오
 없습니다 경우에; 설명? _

9. 날씨가 신청자의 능력 여행에 영향을 미칩니
 까 예
 아니오
 없습니다 경우에; 설명? _

10. 신청자는 의학적으로 온도 민감도를 정의 하는가? 예
 아니오 위의 열 민감도에 대한 어떤 온도? _
 추운 감도 어떤 온도 이하? _

11. 신청자가 코랄 빌 교통이 알고 있어야하는 다른 건강 상태가 있습니까?

12. 이 장애 / 조건이 시내 버스를 사용하는 신청자의 능력에 미치는 영향에 대해

여행 할 때 신청자가 퍼스널 케어 수행자가 필요합니까설명해주세요? 예 아니오

A Personal Care Attendant (PCA) is not a companion or escort, but someone who will help the client with his/her mobility assistance, personal care, communication, transportation, sign language interpretation, providing services as a reader, etc., as the client makes his/her trip.

인증 :

내가 여기에서 제공 한 정보가이 신청자의 의료 장애 또는 조건의 공정한 표현과 내 지식의 최선을 정확하다는 것을 증명합니다. 나는 여기에 제공된 정보가 paratransit 서비스를 위해 신청자의 자격을 결정하기위한 목적으로 만 사용됩니다 이해합니다. 또한 코랄 빌 교통 내가 제공 한 정보의 설명을 위해 저에게 연락 할 수 있습니다 내가 성실하게 답변 않을 것에 동의합니다. 나는 여기에 포함 된 정보가 내 지식과 최선을 다해 진실하고 정확하다는 것을 증명합니다.

양식을 완료 건강 관리 전문가 (이름) : _

의료 면허 번호 :

전화 :

팩스 : _

기관 / 시설 / 기관 이름 _

Street

도시

State _는

우편 번호 Code __

건강 관리 전문서명 _

