

Yolobus Special

辅助客运系统申请

敬致申请人：

1990 年《美国残疾人法案》(ADA) 是一项禁止歧视残疾人的民权法案。《美国残疾人法案》旨在确保存在特殊残疾的人士能够平等使用公共交通系统。根据《美国残疾人法案》规定，Yolobus 必须提供包括辅助客运系统服务在内的各种服务。辅助客运系统服务是一项为无法使用常规固定路线公交车服务的合格残疾人提供门到门共用乘车服务的专门服务。

Yolobus 需要确定每名申请人是否有资格享受辅助客运系统服务。有资格享受 Yolobus Special 辅助客运系统服务的资格类别如下：

- 无法登上、乘坐或离开系统中对残疾人而言无障碍、可使用的固定路线公交车的人士。
- 需要轮椅升降机/坡道或其他登车辅助装置帮助才能够登上、乘坐和离开任何便于残疾人使用的车辆，且希望在某系统运营时间内，车辆不在该路线上提供指定公共交通服务期间的固定时间或合理时限内乘坐某系统线路的人士。
- 存在特殊障碍，不能前往公交车站乘坐固定路线公交车，或在下了固定路线公交车后无法前往最终目的地的人士。

若您认为您的残疾情形可能符合上述类别之一，则必须填写所附的“辅助客运系统申请”表格申请认证。此外，必须由持证专业人士（即医生、物理治疗师或社会工作者）核实您的资格申请。

资格审查和确定过程

Yolobus Special 会审查申请填写的完整性。申请填写不完整者将会退还申请人，并要求解释缺失的信息。

Yolobus 收到申请后将在完整填写的申请上加盖日期。如果不能根据书面申请做出准确判断，Yolobus 可能会就您的资格问题咨询相应持证专业人士和/或要求与您面谈。

Yolobus Special 将在收到完整申请的 21 天内确定是否符合资格。如果获得批准，将以书面形式通知申请人并给予为期三年的资格。三年后申请人必须重新申请。符合条件的申请人将收到一张识别卡，并向其提供服务规则和条例相关的解释材料。

如果资格被驳回，则 Yolobus Special 将发送一份书面声明，内容包括不符合资格的原因并将详细说明针对 Yolobus Special 决定的上诉程序。

Yolobus Special 辅助客运系统申请

如果 Yolobus Special 未能在 21 天内做出决定，则申请人将获得推定资格，并获准享受辅助客运系统服务，直至做出决定为止。敬请注意，提交此申请并不保证符合资格。

随函附上以下材料，以帮助您完成申请过程。

- 附件 1： 申请表（第 A、B 和 C 部分）和核对表
- 附件 2： 辅助客运系统乘客指南
- 附件 3： Yolobus 固定路线指南

若您符合 Yolobus Special 资格要求，则将于收到您完整填写的申请后 21 天内向您邮寄一封决定函。如果你不符合资格要求，则将于收到您完整填写的申请后 21 天内向您邮寄一封裁定函。函中将解释您不符合条件的原因，并告知若您希望上诉时应遵循的上诉程序。申请填写不完整者将会退还申请人，并要求解释缺失的信息。若因任何原因未在您申请后 21 天内联系您，则您将有权享受 Yolobus Special 辅助客运系统服务，直至您收到关于您的申请的最终决定为止。

若您有任何疑问或需要帮助完成申请，请拨打以下电话或致函如下地址：

感谢您关注 Yolobus Special 辅助客运系统服务。

Yolobus Special
352 Industrial Way
Woodland, CA 95776
(530)-666-2877

Yolobus Special
辅助客运系统申请

Yolobus Special
辅助客运系统申请

本页以下无正文

第 A 部分： 申请人概况

请申请人填写。

Yolobus Special
辅助客运系统申请

本页以下无正文

Yolobus Special
辅助客运系统申请

第 A 部分： 申请人资料

申请人资料： (请打印或打字)。		
姓：	名：	中间名缩写：
街道地址：		
城市：	州：	邮编：
电话（白天）：	（夜间）：	
（分机）：	呼机：	
电子邮件（可选填）：		
出生日期（月/日/年）：	性别：	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性
语言能力： (请勾选所有适用选项)	<input type="checkbox"/> 英语	<input type="checkbox"/> 西班牙语
	<input type="checkbox"/> 其他，请具体说明： _____	
紧急联系方式：		
全名：		
电话（白天）：	（夜间）：	
与申请人的关系：		
仅限 Yolobus 填写：		
申请人识别号：	截止日期：	
移动辅助工具：	PCA:	<input type="checkbox"/> 允许 <input type="checkbox"/> 不允许
《美国残疾人法案》资格分类编码： <input type="checkbox"/> 类别 1 <input type="checkbox"/> 类别 2		
<input type="checkbox"/> 3 无条件 <input type="checkbox"/> 3 有条件 <input type="checkbox"/> 临时 <input type="checkbox"/> 拨召公车 (West Sac) .		
说明：	<input type="checkbox"/> 缺少人行道和/或路缘石	
	<input type="checkbox"/> 地形陡峭	
	<input type="checkbox"/> 极端温度（热或冷）	
	<input type="checkbox"/> 空气污染严重	
	<input type="checkbox"/> 主要十字路口或其他难以协商的结构性障碍物	
	<input type="checkbox"/> 临时施工项目	
	<input type="checkbox"/> 其他	

Yolobus Special

辅助客运系统申请

第 A 部分：申请人签名

本人已审查本申请中的所有信息。本人证明据本人所知所信，所有信息均属真实准确。本人理解，伪造信息可能导致拒绝提供服务。本人理解可能仅限对部分信息进行保密。此类保密信息包括专业核查得出的具体诊断，申请人提供的残疾性质，以及申请人的出生年月。本人理解，仅限向执行相关服务的人员披露提供辅助客运系统服务所需的信息。本人理解，如需确认或澄清有关信息，Yolobus Special 可能会与填写本申请书所附的专业核查表（第 C 部分）或与本人初次申请相关的持证专业人士联系。本人特此授权 Yolobus Special 在自本日起 3 年内按其要求披露此类医疗信息。

申请人签名： _____ 日期： _____

若是由除申请人以外 _____ 的其
他人代为填写此表，请勾选一项。

- 本人证明，根据申请人提供向我提供的信息，本申请中提供的信息均属真实准确。
- 本人证明，根据我本人对申请人健康或残疾状况的了解，本申请中提供的信息均属真实准确。

印刷体姓名：	
签名：	
与申请人的关系：	
电话：（白天）	（夜间）

Yolobus Special
辅助客运系统申请

本页以下无正文

第 B 部分： 自我认证

请申请人填写。

Yolobus Special
辅助客运系统申请

本页以下无正文

Yolobus Special
辅助客运系统申请

第 B 部分： 自我认证

第 1 部分： 移动性信息

1. 您需要使用哪些移动辅助工具或设备协助出行？（请勾选所有适用于您的选项）。

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 手杖 | <input type="checkbox"/> 残疾人 |
| <input type="checkbox"/> 手动轮椅 | <input type="checkbox"/> 学步车 |
| <input type="checkbox"/> 画板 | <input type="checkbox"/> 盲杖 |
| <input type="checkbox"/> 电动踏板车 | <input type="checkbox"/> 其他 |
| <input type="checkbox"/> 电动轮椅 | <input type="checkbox"/> 以上 |
| <input type="checkbox"/> 服务类动物 | 都不是 |

2. 利用助行器或靠自己，您能在平地上走多远？（请勾选所有适用于您的选项）。

- 0 至 1 个城市街区（或 1/10 英里）
- 2 至 4 个城市街区（或 ¼ 英里）
- 4 至 6 个城市街区（或 ½ 英里）
- 6 至 8 个城市街区（或 ¾ 英里）

3. 若您乘坐常规的 Yolobus 公交车，是否需要人陪伴？（请勾选所有适用于您的选项）。

- 总是需要有人帮我到公交车站。
- 总是需要有人帮我上下公交车。
- 总是需要有人帮我去我要去的地方。
- 有时候需要有人帮我到公交车站
- 有时候需要有人帮我上下公交车。
- 有时候需要有人帮我去我要去的地方。
- 我不需要协助。

Yolobus Special
辅助客运系统申请

4. 您有没有接受过任何学习如何使用常规公交车的培训？

是 是由以下机构提供的培训： _____

否

5. 您是否有兴趣参加培训，学习如何使用常规的 Yolobus 固定路线？

是

否

6. 您是否曾经乘坐过常规公交车出行？

是 您多长时间乘坐一次？ 每周 _____ 天。

否

7. 您能自己或在辅助工具的帮助下与公交车司机沟通吗？

是

否，我无法理解司机的意思。

否，其他人无法理解我的意思。

8. 您能使用移动设备或靠自己走到常规的 Yolobus 公交车站吗？

是

否 (请勾选所有适用于您的选项)。

我找不到公交车站，会迷路。

我在前往公交车站的过程中需要帮助。

我没法过街。

我不想乘坐常规公交车。

大雨导致我无法到达公交车站。

其他 _____

9. 您能在没有座位和遮蔽物的 Yolobus 车站等待 30 分钟吗？

是

否 (请勾选所有适用于您的选项)。

我找不到公交车站，会迷路。

我不想等这么长时间。

Yolobus Special 辅助客运系统申请

- 我不想乘坐常规公交车。
 - 非常炎热的天气对我的健康很危险。
 - 非常寒冷的天气对我的健康很危险。
 - 站着太累了，我无法乘坐。
 - 如果车站有座位和遮蔽物，我可以等待。
 - 其他
-

10. 您是否知道或能查到

在哪里上、下常规 Yolobus 固定路线公交车？

是

否

(请勾选所有适用于您的选项)。

- 我找不到公交车站，会迷路。
 - 我没法过街去公交车站。
 - 我不知道车站在哪里。
 - 其他
-

Yolobus Special
辅助客运系统申请

11. 如果您有上下台阶方面的困难，Yolobus 公交车有坡道可以帮助您上下车。如果您要使用公交车坡道，您能自己上下坡道吗（无论是站着还是使用助行器）？

- 我不知道，从没试过。
- 是，我可以自己上车或下车。
- 否 *(请勾选所有适用于您的选项)。*
 - 我所乘坐的公交车站没有足够的空间。
 - 我所乘坐的公交车站地面太不平整或太陡峭。
 - 我感觉使用坡道不安全。
 - 我的助行器无法在坡道上使用。
 - 我需要有人帮助我上下。
 - 其他 _____

12. 当您从常规的 Yolobus 固定路线公交车上下来时，您能走到您需要去的地方吗？

- 是
- 否 *(请勾选所有适用于您的选项)。*
 - 我会迷路，或者不记得我需要去哪里。
 - 我需要有人帮助我去我需要去的地方。
 - 我在去我需要去的地方时感到不安全。
 - 我需要去的地方地面太不平整或太陡峭。
 - 我没法走那么远去我需要去的地方。
 - 我可以通过训练前往我需要去的地方。
 - 其他 _____

13. 请描述您身体或精神状况是如何限制您使用常规 Yolobus 固定路线巴士的能力的。

Yolobus Special
辅助客运系统申请

填写前请先阅读下一节内容，并指出所有影响您使用 Yolobus 固定路线的情况。

第 2 部分： 残疾或健康状况信息

14. 一般医疗疾病

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 癌症 | <input type="checkbox"/> 肺炎 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 硬皮病 |
| <input type="checkbox"/> 肾衰竭 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 肥胖症 | <input type="checkbox"/> 以上都 |
| <input type="checkbox"/> 器官移植 | 不是 |

15. 骨骼和关节疾病

- | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 截肢： (请具体说明)
_____ | <input type="checkbox"/> 骨关节炎 |
| <input type="checkbox"/> 强直性脊柱炎 | <input type="checkbox"/> 类风湿性关节炎 |
| <input type="checkbox"/> 关节炎 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 骨折： (请具体说明)
_____ | <input type="checkbox"/> 以上都不
是 |

16. 大脑/神经/肌肉疾病

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 阿尔茨海默氏症 | <input type="checkbox"/> 高位截瘫 |
| <input type="checkbox"/> 脑损伤 | <input type="checkbox"/> 周围神经病变 |
| <input type="checkbox"/> 脑性麻痹 | <input type="checkbox"/> 小儿麻痹症后脊髓炎综合症 |
| <input type="checkbox"/> 痴呆症 | <input type="checkbox"/> 四肢瘫痪 |
| <input type="checkbox"/> 癫痫 | <input type="checkbox"/> 脊柱裂 |
| <input type="checkbox"/> 吉兰-巴雷!综合症 | <input type="checkbox"/> 中风 |
| <input type="checkbox"/> 半身不遂 | <input type="checkbox"/> 眩晕/头晕 |
| <input type="checkbox"/> 亨廷顿氏症 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 多发性硬化症 | <input type="checkbox"/> 以上 |
| <input type="checkbox"/> 肌肉萎缩症 | 都不是 |

Yolobus Special
辅助客运系统申请

17. 心脏和循环系统疾病

- 心肌梗塞
- 充血性心力衰竭
- 水肿
- 心脏病发作/手术

- 高血压
- 周边血管疾病
- 其他 _____
- 以上都不是

18. 肺部和呼吸系统疾病

- 过敏症
- 哮喘
- 慢性阻塞性肺病
- 囊肿性纤维化

- 肺气肿
- 肺癌
- 其他 _____
- 以上都不是

19. 视力/听力/语言疾病

- 失语症
- 白内障
- 失聪
- 糖尿病视网膜病变
- 青光眼
- 听力损失

- 夜盲症
- 部分视力
- 视野缺损
- 其他 _____
- 以上都不是

法定盲

20. 发育/智力疾病

- 自闭症
- 侏儒症
- 发育残疾：
 - 轻度 中度 重度
- 智力发育迟缓：
 - 轻度 中度 重度

- 情绪障碍
- 精神病
- 其他 _____
- 以上都不是

Yolobus Special
辅助客运系统申请

21. 您的健康状况是暂时的吗？

是 如果是，您预期会持续多长时间？

数量： 月数： _____ 年数： _____

否

22. 您患此病症多久了？

数量： 月数： _____ 年数： _____

数：

23. 您的残疾或健康状况是否会不时发生影响您使用公交车的能力的变化？

是 请说明：

否

第 C 部分： 专业核查

请由以下持证专业人员填写：

- 脊柱按摩师
- 持证心理医生
- 持证社会工作者
- 心理健康咨询师
- 执业护士
- 定位性/移动性专家
- 医师
- 医师助理
- 注册护士
- 注册职业治疗师
- 注册物理治疗师
- 呼吸道护理专业人员
- 语言病理医师
- 职业康复咨询师

**Yolobus Special
辅助客运系统申请**

PART C: LICENSED PROFESSIONAL VERIFICATION

Dear Licensed Professional:

The Americans with Disabilities Act (ADA) of 1990 is a civil rights bill prohibiting discrimination against people with disabilities. In accordance with the Act, Yolobus Special offers a paratransit bus service for those who cannot use the regular Yolobus fixed-route buses.

Passengers must be certified eligible in order to use the paratransit bus service. Applicants may be found eligible for this bus service for some trip requests but not for all trips they request. Eligibility is based upon a functional inability to use the regular transit service.

All regular fixed-route buses are equipped with a ramp or lift for people who use a wheelchair or cannot climb stairs.

The information you provide, along with the applicant's information, will enable us to make an appropriate determination. All information will be kept confidential.

Thank you for your assistance.

**Yolobus Special
352 Industrial Way
Woodland, CA 95776
(530)-666-2877**

Yolobus Special
辅助客运系统申请

PART C: LICENSED PROFESSIONAL VERIFICATION

Paratransit Applicant's Information

Last Name:

First Name:

Date of last visit (mm/dd/yy):

Medical diagnosis of disability:

1. Is this condition temporary?

- Yes If yes, for how long? _____ (days/weeks/months)
 No

2. Is the disability episodic?

- Yes No

3. Please discuss how this disability affects the applicant's mobility.

4. Does the applicant have the mental capacity, visual acuity and/or hearing ability to:

- a. Provide address and telephone number? Yes No
b. Recognize a destination or landmark? Yes No
c. Deal with unexpected change(s) in routine? Yes No
d. Ask for, understand, and follow directions? Yes No

5. How far can the applicant walk without the assistance of another person?

- 0 to 1 city block (or $\frac{1}{10}$ mile) 4 to 6 city blocks (or $\frac{1}{2}$ mile)
 2 to 4 city blocks (or $\frac{1}{4}$ mile) 6 to 8 city blocks (or $\frac{3}{4}$ mile)

Yolobus Special
辅助客运系统申请

Licensed Professional's Information		
Full Name:		
Title:		
Clinic/Business:		
Street Address:		
City:	State:	Zip Code:
Telephone:	Fax No.:	
E-mail (<i>optional</i>):		
Professional License, Registration or Certification Number:		
Agency Issuing License/Certification:		

I have reviewed all of the information contained in this application and hereby certify that all the information is true and correct to the best of my knowledge and ability. I certify that the applicant named herein, _____, is under my professional care. I hereby swear and affirm that the applicant is disabled as indicated.

Signature: _____ Date: _____