



# ADA

## RIPTA ADA 辅助 客运系统服务 资格认证申请表

按照《美国联邦残疾人法案》(ADA) 规定, 因残障状况而无法使用普通固定路线 RIPTA 公共汽车的残障人士可以获得相当的公共交通服务 (Ride 辅助客运系统)。

如果您认为自己患有使您无法使用普通 RIPTA 公共汽车的残障疾病, 请填写本申请表并将其邮寄至下方地址。如果您被认定符合资格, 您可能被核准在所有或部分行程中使用服务。

您需要注意的是, 您必须填写完成本申请表的所有部分, 包括医疗保健专业人员要求填写的部分。作为申请人, 您有责任填写完成本资格申请表的所有内容。您可能还需要在 RIPTA 选定的测试机构完成专业评估。

RIPTA 会在收到您填写完成的申请表后的 21 天内通知您关于您使用 ADA 辅助客运系统服务的资格评定结果。

一经要求, 我们可以为您提供无障碍版本的申请表。

注: 对于所有 Ride ADA 行程, 我们将会收取 **\$4.00** 的单程费用。如果您可以使用普通 RIPTA 公共汽车, 请拨打 **784-9500 转 604**, 以申请免费或半价公交卡。

请将填写完成的申请表寄送至:

RIPTA  
ADA Coordinator  
705 Elmwood Ave.  
Providence, Rhode Island 02907

传真号码: (401) 461.8210

需要我们为您解答 ADA 问题吗?  
请致电 (401) 461-9760  
请使用 TDD RI  
传呼电话 (800) 745-5555 或 711

第 I 部分  
个人信息

请以正楷书写

1. 名字: \_\_\_\_\_ 中间名缩写: \_\_\_\_\_ 姓氏: \_\_\_\_\_

2. 地址: \_\_\_\_\_ 公寓 号码 \_\_\_\_\_

3. 城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_

4. 出生日期: \_\_\_\_\_  男  女  
(月/日/年)

5. 日间电话: \_\_\_\_\_ 手机: \_\_\_\_\_

6. 社会保障号码: \_\_\_\_\_

7. 您是否在医疗、营养或日间护理出行时使用 **Ride** 计划? \_\_\_\_\_

8. 语言能力 (请勾选所有适用项)  
 英语  西班牙语  其他 (请指明) \_\_\_\_\_

9. 紧急联络人姓名: \_\_\_\_\_ 办公电话: \_\_\_\_\_  
手机: \_\_\_\_\_

10. 关系: \_\_\_\_\_ 住宅电话: \_\_\_\_\_

11. 请描述您的残障状况并解释您的残障状况如何让您无法使用  
RIPTA 的普通公共汽车服务:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. 它是否为临时病况?  是  否

如为是, 预期持续时间为多久? \_\_\_\_\_

## 第 I 部分 个人信息 (续)

13. 是否存在任何其他健康状况或残障情况会影响您使用公共汽车的能力?  是  否

如为是, 请解释: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 第 II 部分 移动信息

14. 您使用下列哪些助行器或设备帮助您抵达目的地?

- |                               |                                   |                                |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 手杖   | <input type="checkbox"/> 手动轮椅     | <input type="checkbox"/> 服务性动物 |
| <input type="checkbox"/> 白色手杖 | <input type="checkbox"/> 电动轮椅     | <input type="checkbox"/> 图像板   |
| <input type="checkbox"/> 步行器  | <input type="checkbox"/> 电动踏板车/推车 | <input type="checkbox"/> 字母板   |
| <input type="checkbox"/> 拐杖   | <input type="checkbox"/> 以上皆非     | <input type="checkbox"/> 其他    |

轮椅/移动装置是否超过 30 x 48 英寸或 600 磅? \_\_\_\_\_

15. 在使用助行器或依靠自己能力的情况下, 您可以在水平地面上走过多少个街区 (1 个街区 = 500 英尺)?

街区数量: \_\_\_\_\_

16. 您在出行时是否需要陪护人员或护理人员?

是  否

17. 您的残障状况是否会妨碍您在公交站点之间往来?

是  否

请解释: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. 在没有任何协助的情况下, 您是否可以依靠扶手攀爬三个台阶?

是

否

请解释: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

19. 您在户外出行或等待的能力是否会受到炎热或寒冷天气的影响?

是

否

如为是, 请描述您无法忍受的状况? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. 您是否可以使用带有轮椅升降机的公共交通标准车上/下车?

是

否

如有需要, 请解释: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**第 II 部分**  
**移动信息 (续)**

21. 在没有任何协助的情况下，您是否可以独立地走动？

是

否

22. 您是否可以索要、理解和遵循指示说明？

是

否

23. 如果由申请人之外的其他人填写本申请表，则此人必须填写下列内容：

姓名： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 邮政编码： \_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_

签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

**您现已填写完成资格申请表的申请人部分。请将完整的申请表交给最了解您的功能限制情况的医疗保健专业人员。**

本人授权 RIPTA 及其 Ride 计划获取任何关于本人的受保护健康和个人信息并将任何此类信息披露给负责支付医疗保健服务费用、从事治疗活动或经隐私权规则允许或要求且遵守所有 HIPAA 联邦法规的适当机构。

本人理解，为了评估本人的申请表，RIPTA 可能有必要联络负责填写本申请表第 III 部分的医疗保健专业人员，同时，本人还知道，本人可能需要在 RIPTA 选定的测试机构完成专业评估。

本人还授权医疗保健专业人员使用本人的 Ride ID 编号，代表本人预约 Ride 行程。本人在下方的签名即表明本人提供授权。

本人特此声明，本人在本申请表中提供的信息均为真实准确的内容。

签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

**第 III 部分**  
**医疗保健专业人员鉴定**

本申请表中的此部分应由医疗保健或康复治疗专业人员填写  
(通常为医生或护士)。

第 III 部分并非旨在鉴定申请人的医疗状况，而是确定此医疗状况对  
申请人独立地使用普通 RIPTA 公共汽车之能力的影响。

所有问题必须给予回答，本申请表才能被视为填写完成。

注：每辆普通 **RIPTA** 公共汽车均配备有轮椅升降机。  
此外，如果申请人可以使用普通公共汽车，则他/她可能有资格使用免费  
或半价公交卡。

24. 申请人姓名： \_\_\_\_\_

25. 您所了解的关于此申请人的能力： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

26. 医疗诊断或导致残障的病况，此残障状况致使申请人无法独立地上/下车和/或乘坐 RIPTA 公共汽车。  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

27. 它是否为临时病况？  是  否

28. 申请人曾经是否可以乘坐普通 RIPTA 公共汽车？ \_\_\_\_\_

何时，在何种情况下？ \_\_\_\_\_

如果任何回答为“不能”，请在第 8 页上解释功能限制。

29. 申请人能否从事下列活动？

(a). 在没有任何协助的情况下，能否在 RIPTA 公共汽车上攀爬 3 级 12 英寸高的台阶？

能

不能

(b). 在没有任何协助的情况下，能否从普通 RIPTA 公交站点上/下车？

能

不能

(c). 能否使用带有轮椅升降机的标准 RIPTA 公共汽车独立地上/下车？

能

不能

(d). 申请人在出行时是否需要护理人员或陪护人员？

是

否

30. 如果申请人患有认知障碍，此人：

(a). 能否阅读信息标志牌、询问或遵循指示说明？

能

不能

(b). 能否独立地走动？

能

不能

如为否，请解释： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

31. 医疗保健专业人员姓名： \_\_\_\_\_

医疗保健专业人员职衔： \_\_\_\_\_

办公室地址： \_\_\_\_\_

城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 邮政编码： \_\_\_\_\_

办公室电话号码： \_\_\_\_\_ 传真： \_\_\_\_\_

签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

## 其他意见

罗德岛公共交通管理局  
收件人: **ADA** 协调员  
**705 Elmwood Ave.**  
**Providence, RI 02907**