



Greenville 地区辅助客运系统

Greenlink 辅助客运系统服务

Greenlink 行政管理办公室

100 W McBee Ave

Greenville, SC 29601

864-467-2759

资讯与申请资料包

感谢您对 Greenlink 辅助客运系统服务——Greenville 地区辅助客运系统（Greenville Area Paratransit，以下简称“GAP”）感兴趣。此服务依据《美国残疾人法案》（Americans with Disabilities Act，以下简称“ADA”）运营，为无法使用 Greenlink 固定线路公交服务的残障人士提供共乘式路边上下车服务。请查看《GAP 乘客用户指南》手册，了解关于我们的政策、票价、服务区域等内容的更多详情。

开始之前

开始填写申请之前，请仔细阅读全部资料内容。您所提供的信息将帮助我们进行资格认定。此申请的每一页均需填写完整。申请不完整或未经签名的，将不予受理并将退回，并可能因此延误申请流程。

此申请分为两部分：第一部分 *申请人面谈*，需要由您和/或您信任的人协助您填写完成（如有需要）。此部分结尾有一项重要声明，将许可您的医生或其他持证医护专业人士与我们共享您的健康状况信息。第二部分 *专业检定*，仅限于您的医疗服务提供者填写；您无需填写此部分的任何内容。

填写申请

如需协助填写此申请或有任何疑问，请致电：864-467-2759 与我处联系。如有需要，可提供本信函和申请的其他格式。

请如实准确地回答所有问题，以便于我们能够恰当地认定您的资格。这些问题有助于我们了解您的身体机能和限制，以及确定您在哪些情况下可以使用固定线路公交服务和/或辅助客运系统服务。

填写完成第一部分后，请携带全套此申请表前往您首选的持证医护专业人士诊室，请他们填写第二部分：*专业检定*。请尽量选择了解您本人及您的残障状况的医疗服务提供者准确填写此部分。上述人员填写完成第二部分后，您即可将申请提交给 GAP。

提交申请

提交申请前，花一点时间进行检查，确保申请完整准确。请记住：申请不完整或未经签名的，将不予受理并将退回，并可能因此延误申请流程。您可按以下任一方式提交填妥的申请。

邮寄地址：
Greenlink / GAP
100 W McBee Ave
Greenville, SC 29601

电子邮箱： wgreer@greenvillesc.gov
传真： 864-467-5006

一旦收到填写完整的申请，我们将开始受理，并争取在 21 日之内完成资格认定。我们将发送书面通知，告知您的资格状态。如需延长完成此流程，您将暂时被视为符合资格条件，直至我们做出认定。

资格认定

资格认定将视具体情况而定。无法前往或离开公交站、上下车或不知道如何乘坐和使用系统的人士可有资格享受此项服务。

在认定资格时，我们会考虑您的出行目的地以及您家附近区域，包括附近的公交站，根据您提供的残障信息考察相关无障碍环境。假如您可以使用部分固定线路公交服务出行，而部分出行无法使用，则您可被授予限制性资格。具备限制性资格后，GAP 将能协助您前往或离开固定线路公交服务不便利的地点。无论您属于哪一种资格条件，都需要在出行前一天的早 8 点到晚 5 点之间预约所有的搭乘。

上诉流程

如果我们认定您能够使用固定线路公交服务，因此不符合辅助客运系统服务的资格条件，则我们将以书面形式告知您作出此认定的原因。被否决的申请人将有 60 天的时间提出书面上诉。一旦收到您的上诉，我们将有 30 天时间审查您的个案，并完成资格认定。涉及资格条件的上诉应邮寄至：Assistant Director of Public Transportation, 100 W McBee Ave, Greenville, SC 29601。

所有由助理局长作出的裁决均为最终裁决。如在收到您的上诉后 30 日内仍未作出裁决，我们将为您提供交通服务，直至或者除非作出否决上诉的裁决。

到期与更新

如果我们认定您符合辅助客运系统服务的资格条件，您的申请获批期限最高将为四年。为避免服务终止，请务必在许可到期前重新申请。请做好计划，于到期之前至少 30 天重新递交填写完整的申请。如果您患有临时病况，则您可在预计残障期间获准短期服务。

隐私权

您在此申请中提供的信息将严格保密，且仅用于您的辅助客运系统服务资格认定。我们仅将其保存留作向您提供服务之用。您所提供的信息仅限于 Greenlink 行政管理人员访问，公众无法查阅。

第 1 部分——申请人面谈

此部分申请内容将帮助我们了解您，并评估您在出行时的需求。应由服务申请人和/或可代其回答问题的可靠人士填写。

A 部分——联系方式

请告知我们，在涉及您的申请和您有资格享受的服务事宜时，我们如何与您取得联系。

名	姓	中间名缩写	出生日期
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
街道地址（请勿提供邮政信箱）			公寓/单元号
<input type="text"/>			<input type="text"/>
市	州	邮政编码	电话（家庭/手机）
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
性别	首选语言	种族	电话 (TTD/TTY)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

请提供至少一名了解您的残障状况的紧急联系人。

紧急联系人姓名	电话（日间）	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
关系	公司/机构（如适用）	电话（夜间）
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

紧急联系人姓名	电话（日间）	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
关系	公司/机构（如适用）	电话（夜间）
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B 部分——残障性质

此部分是关于您的残障状况的一些基本的一般问题。

1. 是何种残疾（健康状况、诊断等）妨碍您使用固定线路公交服务？

2. 您所患残疾为永久性还是暂时性？

永久性 暂时性 不确定

如果您的回答为暂时性，则您预计残障状况持续多久？

3. 本人由于残疾而无法使用固定路线公交的情况属于以下类别：

- 我需要他人协助才能搭乘公交。
- 由于未设人行道或斜坡，公交站不具备无障碍通行条件。
- 所患残障状况导致我无法前往和离开公交站。
- 所患残障状况不妨碍我搭乘公交。

4. 请选择您使用的任何移动辅助装置（勾选所有适用项）：

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 手动轮椅 | <input type="checkbox"/> 助行架 |
| <input type="checkbox"/> 电动轮椅 | <input type="checkbox"/> 手杖 |
| <input type="checkbox"/> 大型动力椅（超过 ADA 限制） | <input type="checkbox"/> 长型白色手杖 |
| <input type="checkbox"/> 电动代步车/手推车 | <input type="checkbox"/> 支撑 |
| <input type="checkbox"/> 服务型动物 | <input type="checkbox"/> 拐杖 |
| <input type="checkbox"/> 义肢 | <input type="checkbox"/> 交流板 |
| <input type="checkbox"/> 无 | <input type="checkbox"/> 其他： _____ |

5. 如果您使用轮椅或代步车，我们需要了解更多详细信息：

请注意：《美国残疾人法案》（*Americans with Disabilities Act*，以下简称“ADA”）将普通轮椅定义为宽不超过 30”、长不超过 48”，使用时重量不超过 600 磅。如果您的移动装置超过上述尺寸，或对您或他人构成安全隐患，则即使您在其他方面符合资格条件，ADA 仍无法保证您可享受辅助客运系统服务。

您的轮椅/代步车的宽度是多少? _____ 英寸宽

您的轮椅/代步车的长度是多少? _____ 英寸长

使用时的重量是多少? _____ 磅

6. 您是否存在视力不佳的问题?

是 否

*如果您的回答为是, 请具体说明: _____

7. 您是否被认定为法定盲? 法定盲的定义是双眼中优眼的最佳矫正视力小于 20/200, 或优眼的视野半径小于 20 度。

是 否 不确定

C 部分——当前出行习惯

此部分主要关注您往返于常去目的地的频率。使用固定线路公交服务并不会导致您丧失资格。

1. 一般情况下, 您是否能独立出行?

总是 从不 有时 不确定

2. 您目前是否使用固定线路公交服务?

是 否 有时

如果您的回答为是或有时, 那么每周多少次? _____

3. 如果您目前使用固定线路公交服务, 在使用服务时您是否需要他人的帮助?

是 否

如果您的回答为是, 请说明提供帮助的方式 (勾选所有适用项):

前往或离开公交站 总是 有时

上下公交车 总是 有时

到达目的地 总是 有时

其他 (请说明): _____

4. 您是否接受过任何相关培训，学习如何使用固定线路公交？

是 否

如果您的回答为是，请向我们说明您的经历：

我完成了培训 我了解一般公交出行

我没有完成培训 我了解如何搭乘具体线路

如果您的回答为否，您是否希望有人联系您，讨论关于如何使用固定线路公交系统的培训？

是 否

5. 列出您最常去的五个目的地；包括前往该地的出行频率和目前使用的出行方法（例如，私家车、出租车、公交等）。

地点名称/地址	频率	方法
a. _____	_____	_____
b. _____	_____	_____
c. _____	_____	_____
d. _____	_____	_____
e. _____	_____	_____

6. 距离您家最近的公交站是哪一个？

7. 您是否能自行到达此公交站？

是 否 有时

如果您的回答为否或有时，请具体说明：_____

8. 您会如何描述您居住地点附近的地形（地面，例如，陡坡、平坦、多坡、铺砌面等）？

D 部分——身体机能与限制

此部分向我们说明您在出行时可以或无法完成的任务，以及您可能需要何种协助。

1. 请说明您的残障状况是如何妨碍您使用固定线路公交系统的。请详细说明，如有需要，请另附纸张。
-
-

2. 凭借或离开移动辅助装置，您可以在不借助他人协助的情况下出行多远？

200 英尺以内 约 1/2 英里（6 个街区）

约 1/4 英里（3 个街区） 约 3/4 英里（9 个街区）

3. 您是否能在没有支持的情况下，在室外等待 15 分钟？

是 否 有时

4. 您能在公交站等待多长时间？

至多 _____ 分钟。

5. 您能握住扶手支撑住吗？

是 否 有时

6. 如果两边都有扶手，您是否能上下 12 英寸高的三级台阶？

是 否 有时 不确定

7. 如果天气好，您是否能在人行道上行进一个街区（平坦）？

是 否 有时 不确定

8. 天气变化（高温、严寒、风、雨、雪或冰）会妨碍您独自出行吗？

是 否

**如果您的回答为是，请具体说明：* _____

9. 天气是否会影响您使用 Greenlink 固定线路公交服务?

是 否

**如果您的回答为是，请具体说明：* _____

10. 前往最近的公交站要行进多少个街区?

少于 2 个街区 4 个街区或以上
 2-4 个街区 不确定

11. 您能在无人帮忙的情况下操纵进出无障碍专用斜坡吗?

是 否 不确定

12. 您是否因以下一个或多个原因而无法前往或离开上车地点? 勾选所有适用项:

无法越过多坡地形 夜盲症
 过敏/环境敏感 过度疲劳, 虚弱
 无法通过繁忙的十字路口 对气候极为敏感
 其他: _____

13. 您能独立或借助辅助设备 (如写字板) 与车辆驾驶员交流吗?

是 否

14. 您能根据要求提供地址和电话号码吗?

是 否

如果您的回答为否，请具体说明： _____

接下一页 E 部分——一个人护理人员证明。

E 部分——个人护理人员证明

个人护理人员（Personal Care Attendant，以下简称“PCA”）是指经指派或受雇定期协助您完成至少一项日常活动的人员。请仅用姓名首字母签署以下声明中的一项：

_____ 本人证明，本人需要一名个人护理人员提供服务，以尽量完成独立出行。本人将在以下基础上需要一名 PCP 与我一同出行：

永久性 偶尔 暂时

如果您的回答为暂时，则您预计需要 PCP 的状况将持续多久？

_____ 本人证明，本人目前不需要个人护理人员提供服务。如果未来此项发生变化，我会将变动告知 GAP。

接下一页 F 部分——授权与签名。

F 部分——授权与签名

在下方签名即代表本人同意此申请中所载条款与条件，证明所提供的信息正确无误，同时确认，提供虚假或误导性信息可能导致本人的资格被否决或撤销。本人了解，此信息将仅用于我本人的辅助客运系统服务资格认定。

此外，本人兹授权填写此申请第 2 部分——专业检定的持证医护专业人士向 Greenlink 发布该部分所载有关本人残障状况的信息。本人了解，本人可随时撤回此授权。除非撤回授权，否则此表格将允许填写第 2 部分的持证医护专业人士在下方日期后六个月内发布上述信息。

申请人签名

日期

父母/法定监护人签名（如申请人未满 18 岁）

日期

如申请人以外的其他人填写了此申请第 1 部分的任何内容，请填写下方行：

签名

与申请人的关系

日期

结束

第 1 部分——申请人面谈结束

申请人请勿继续填写其余部分；请将此申请表交给您首选的、了解您的残障状况的持证医护专业人士。请他们填写第 2 部分——专业检定，然后返还给您。

第 2 部分——专业检定

此部分申请表内容将有助于我们核实第 1 部分——申请人面谈中填写的答案。此部分仅应由持证医护专业人士和/或其员工填写。

关于此申请

此申请第 1 部分中的所述个人请您提供关于其使用 Greenville 市/Greenlink 所提供的固定线路公交服务的信息。固定线路公交服务通常由专为运载大量乘客、同时在预先确定的路线上运行，并按既定时间表为在指定车站等候的乘客提供服务的公交车辆组成。

无法使用配备便利设施的固定线路公交服务的人士可符合相关资格条件，使用由 Greenlink 提供的路边上下车辅助客运系统服务——Greenville 地区辅助客运系统（Greenville Area Paratransit，以下简称“GAP”）。我们将通过您在此申请中提供的信息评估申请人的请求，确定其特殊需要。

请注意：《美国残疾人法案》（Americans with Disabilities Act，以下简称“ADA”）要求公共交通工具向在部分或所有时段因残疾无法乘坐公交的人士提供辅助客运系统服务。本人说明的残障状况、前往或离开公交站的距离、不便以及身体不适与否，不视为资格条件依据。申请人的健康状况必须达到妨碍其乘坐公交出行的程度。

您所提供的信息将帮助我们对该申请人作出恰当的认定。您所提供的信息将会严格保密，且仅限于 Greenlink 工作人员以资格认定和向申请人提供服务为目的进行访问。

感谢您提供协助。

医护专业人士须知

请按以下步骤核实此申请中所提供的信息：

1. 阅读申请人对此申请第 1 部分问题的回答。
2. 根据您对申请人残障状况的了解，尽可能完整地填写此部分内容。
3. 保留一份此申请的副本以作记录；F 部分——授权与签名包含一份授权向 Greenlink/Greenville 地区辅助客运系统发布信息的声明。一旦我们需要联系您获得进一步信息，此发布将许可您的员工提供该等信息。
4. 请于收到此申请的 7 日内填写完整并返回；申请人将负责将此申请交回至 Greenlink。
5. 如有任何疑问，请致电：864-467-2759 与我处联系。

接下一页检定问题。

检定问题

请尽可能完整准确地回答下列问题，以帮助我们更好地了解申请人的残障状况。

1. 您是以何种身份认识申请人的？

2. 您已经认识或为此人治疗多长时间了？ _____

3. 您或您的机构与此人的最近一次面对面接触是什么时候？

4. 根据您对申请人身体状况的了解，第 1 部分中所提供的信息是否合理地反映了申请人的身体状况？

是 否

如果您的回答为否，请具体说明： _____

5. 请说明申请人的残障状况和诊断：

6. 申请人的残障状况是否妨碍其使用现有公交系统？

是 否

*如果您的回答为是，请具体说明： _____

7. 申请人的残障状况对其行动能力产生了何种影响？

8. 请说明哪些身体机能限制与此申请人的身体状况相关？

行动障碍 认知障碍
 视觉障碍 听觉障碍
 耐力受损（肌肉/呼吸系统）

9. 申请人是否患有 GAP 应知晓的任何其他医疗状况？

是 否

**如果您的回答为是，请具体说明：* _____

10. 申请人的病况预计将持续多久？

永久性 长期 暂时性，直至 _____

11. 请选择申请人可使用的任何移动辅助装置（勾选所有适用项）：

手动轮椅 助行架
 电动轮椅 手杖
 特大号轮椅 长型白色手杖
 电动代步车/手推车 支撑
 服务型动物 拐杖
 义肢 交流板
 无 其他： _____

12. 借助移动辅助装置，申请人可以行进多远？

无法行进 300 英尺
 能够行进 300 英尺（一个足球场）
 能够行进 500 英尺（一个街区）
 能够行进 600 英尺（两个足球场）
 能够行进 1,320 英尺（绕跑道一圈）

13. 申请人所患残障状况是否妨碍其前往和离开公交站？

是 否 有时

如果您的回答为是或有时，请具体说明： _____

14. 申请人是否能攀爬 12 英寸高的台阶？

是 否 有时

如果您的回答为有时，请具体说明： _____

15. 申请人的残障状况是否妨碍其在公交站等待？

是 否

16. 如果坐着/站立/使用移动装置，申请人可以等待多久？ _____ 分钟

17. 申请人所患残障状况是否妨碍其搭乘轮椅无障碍公交？

是 否 有时

如果您的回答为是或有时，请具体说明： _____

18. 天气是否会影响申请人的出行？

- 是 否 有时

如果您的回答为有时，请具体说明：_____

19. 申请人是否患有医学界定的热敏感或冷敏感？

- 是 否

如果您的回答为是，请说明此病况：_____

如果您的回答为是，请说明上/下温度限制：_____

20. 申请人在出行时是否需要一名个人护理人员（Personal Care Attendant，以下简称“PCA”）提供服务？

个人护理人员并非同伴或陪护，而是指受雇或以其他方式接受指派为申请人提供出行期间的移动、个人护理、交流、交通、手语翻译、阅读等服务的人员。

- 是 否 有时

21. 申请人的残障状况是否影响下列任何一项？勾选所有适用项：

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 定向障碍 | <input type="checkbox"/> 监测时间 |
| <input type="checkbox"/> 解决问题 | <input type="checkbox"/> 辨别力 |
| <input type="checkbox"/> 短期记忆 | <input type="checkbox"/> 交流 |
| <input type="checkbox"/> 长期记忆 | <input type="checkbox"/> 表现不稳定 |
| <input type="checkbox"/> 注意力集中 | <input type="checkbox"/> 应对技巧 |
| <input type="checkbox"/> 步态和平衡 | <input type="checkbox"/> 不当社会行为（勾选所有适用项）： |
| <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 攻击性 <input type="checkbox"/> 性相关 <input type="checkbox"/> 过度热情 |

请说明上述情况是如何妨碍安全社区出行的。_____

22. 说明申请人的残障状况如何影响其完成以下任务：

独自外出：_____

准时离家：_____

寻找方向和按指示行动：_____

找到往/返公交站的路：_____

穿越街道：_____

等待公交：_____

搭乘公交： _____

监测时间： _____

转乘另一辆公交或在正确的目的地下车： _____

23. “乘车培训”是否适合此人？

是 否

如果您的回答为否，请具体说明： _____

24. 此人是否缺乏某些表明其无法使用公共交通的生活技能？

是 否

*如果您的回答为是，请具体说明： _____

25. 实现独立出行（甚至是在邻里区的有限出行）的目标是否属于治疗范围？

是 否

26. 申请人是否能在室外等待 15 分钟？

是 否

接下一页专业检定声明与签名。

检定声明与签名

请完成以下部分。选择最能代表您的领域和有关申请人资格的专业意见的选项，然后在最后签字并注明日期。

_____ 医护专业人士姓名（印刷体）			_____ 证照编号及州
_____ 街道地址			_____ 电话
_____ 市	_____ 州	_____ 邮政编码	_____ 传真

选择专业类别（用姓名首字母签署一项）： _____ 医师 专业： _____

_____ 医师助理	_____ 护士/执业护士	_____ 听力学家
_____ 心理健康咨询师	_____ 验光师/眼科医生	_____ 社工
_____ 持照临床心理学家	_____ 认证学校心理学家	_____ 足科医生
_____ 呼吸治疗师	_____ 职业治疗师	
_____ 物理治疗师	_____ 康复专家	
_____ 其他： _____		

根据此申请所提供的信息，鉴于您的专业意见，您是否认为此申请人因达到残障要求，可以有资格享受辅助客运系统服务？请在下方合适的空白位置签署姓名首字母。

_____ 是，出于本人的专业意见，根据文中相关指南，申请人符合资格。

_____ 否，出于本人的专业意见，根据文中相关指南，申请人不符合资格。

_____ 医护专业人士签名	_____ 日期
-------------------	-------------

第 2 部分——专业检定结束

感谢您抽出宝贵的时间，代表申请人填写此表格。请复印一份留做记录，并于 7 日内将申请原件返还给申请人。