

# CATS 辅助客运服务申请及说明

## 什么是辅助客运服务？

根据《美国残疾人法案》（ADA），夏洛特地区客运系统（CATS）面向因残疾（身体、认知或视力）而无法乘坐固定路线公交车的个人提供辅助客运服务。ADA 在联邦法规 49 CFR 第 37.123 条中定义了辅助客运服务的资格。CATS 辅助客运服务是一项预先安排、从起点到终点的共享乘坐服务。

## 安排出行

搭乘 CATS 辅助客运服务的乘客必须经证明符合资格。请致电 [704.336.2637](tel:704.336.2637) 安排您的行程。

## 什么是辅助客运服务区域？

辅助客运服务依照《美国残疾人法案》的规定而运营，保证在辅助客运系统服务地区提供出行服务。辅助客运服务区域定义为现有的固定或本地的公交车路线两侧  $\frac{1}{4}$  英里（1.2 公里）的区域。提供服务的日期和时段与该地区固定路线的公交系统相同。

即使您的住所不在服务区域内，您也可以获批享受辅助客运服务。在此种情况下，您需要在服务区域周边  $\frac{1}{4}$  英里（1.2 公里）内上落车辆。

当 CATS 变更固定路线公交车服务的水平时，辅助客运系统乘客享受的《美国残疾人法案》规定的  $\frac{1}{4}$  英里（1.2 公里）服务区域也有可能受到影响。这些变化可能会影响您从您的住所或期望的下车地点接受我们服务的能力。

## 资格如何确定？

如果您因身有残疾无法使用固定路线的公交服务，您的部分或全部行程将有资格享受辅助客运服务。

## 资格认定的三大因素：

1. 往返于公交车站的能力
2. 上落公交车的能力
3. 使用固定路线公交系统的认知能力

## 不构成认定是否符合 STS 资格的操作因素包括：

1. 年龄
2. 往返公交车站的距离
3. 地区内缺乏公交服务
4. 公交车过于拥挤

---

## 完成您的申请

有意向申请 CATS 辅助客运服务的人士可通过邮寄、传真的方式领取申请表或在网上填写申请表。如需通过邮寄或传真的方式领取申请表，请致电 [704.336.2637](tel:704.336.2637) 再选择选项 3 联系辅助客运服务或前往 [ADA Ride](#) 领取。

并按照说明完成在线申请。您需要在申请表中说明您的残疾情况以及它对您搭乘 CATS 固定路线公交服务的能力的影响。确保您已回答了所有的问题，且专业人员证明部分已经由您的医疗服务人员签字。如果您的申请表填写不完整，该申请表将予以退还。您填妥申请表后，可以把申请表邮寄至：

### CATS Paratransit Services

901 North Davidson Street  
Charlotte NC 28206

您也可以通过传真将已填妥的申请表发送至：[704.336.5119](tel:704.336.5119)。

辅助客运服务收到您的申请后，可能会联系您安排现场面试，也可能会安排功能评估预约。

面试和评估完成后，您将被判定为：

- 有资格搭乘
- 有资格、但需满足一定条件
- 无资格搭乘

被认为有资格搭乘辅助客运服务的人士将收到一封确认函，说明他们的认证情况及其使用 CATS 辅助客运服务的资格。

被判定为“无资格”或“有资格、但需满足一定条件”的申请人可以对其评估提出上诉。我们已成立一个独立小组来审理上诉，其中包括一名残疾人。根据您的残疾性质，您可能需要由功能评估专业人员出具证明，证明您无法

使用 CATS 固定路线公交车。CATS 的工作人员会通知您是否需要进行这项评估。新的《美国残疾人法案》条例要求 CATS 运送下列残疾人士：

- 没有除电梯或其他登车设备操作员之外的人士的帮助，不能上、乘或下无障碍公共汽车
- 能上、乘、下无障碍公共汽车，但在某条路线上未使用无障碍公共汽车时需要交通工具
- 患有与特定损伤相关的疾病，无法往返于公交车站

---

## 游客（非夏洛特居民）

根据《美国残疾人法案》的规定，CATS 辅助客运服务将向符合资格的夏洛特市所有游客提供辅助客运服务，这些游客必须在其居住的司法管辖区内被证明为符合《美国残疾人法案》辅助客运服务资格，或者应在残疾不明显的情况下提供居住和残疾证明文件。访客身份者每 365 天内可使用 CATS 辅助客运服务最多 21 天。

可将此信息传真至：(704) 336-5119 或电邮至：

[CATSADAeligibility@charlottenc.gov](mailto:CATSADAeligibility@charlottenc.gov)

如有任何问题，请通过 704. 336. 5055 联系辅助客运服务资格和证明办公室。



# 申请 ADA 辅助交通服务

申请编号:

感谢您申请 CHARLOTTE 地区交通系统 (CATS) 特殊交通服务 (STS)

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。STS 可向确认“符合 ADA 辅助交通系统资格”的人员提供面包车/共享搭乘服务。STS 旨在协助因身体、视觉或认知残疾而无法独立乘坐公交车的个人。

## 资格类别

- 无条件:** 因无法长期独立使用固定公交线路, 可以享受 STS
- 有条件:** 因特定“条件”无法使用固定公交线路, 可以享受 STS
- 临时:** 因所用公交需要改进或调整, 可以临时享受 STS
- 无资格:** 确定您有能力独立使用固定公交线路, 因此没有资格享受 STS 辅助交通服务。可以采用上诉程序, 说明见无资格信函。

## 求助

如果完成申请时需要帮助, 请联系 ADARIDE@(877) 232-7433。  
 请将填填好的表格寄往:  
 ADARIDE 19300 S. HAMILTON AVE SUITE #120 GARDENA, CA 90248  
 或传真至: (310) 410-0239, 或  
 发送电子邮件至: [info@adaride.com](mailto:info@adaride.com)

## 处理时间

收到您的完整申请后, 我们将开始确定您是否有资格享受辅助交通服务。如果申请和验证无法确定 STS 辅助交通资格, 或者不清楚/有矛盾/不明确, 我们将立即与您联系, 召开现场出行会议。如果您无法获得参加现场出行会议的交通工具, STS 将为您免费提供往返交通工具。完成整个申请流程 (包括可能需要召开的现场出行会议) 后, 我们有 21 天的时间做出决定, 并以书面形式向您发出通知。申请编号:

## 个人资料

名字: _____	中间名: _____
姓氏: _____	性别: _____
默认语言 _____	TDD: _____
出生日期: _____	出生地: _____
电子邮箱地址: _____	格式: _____
用户名: _____	
日间电话: _____	晚间电话: _____
手机: _____	

## 邮寄地址

街道号: \_\_\_\_\_ 街道 \_\_\_\_\_ 公寓号: \_\_\_\_\_  
 城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_

## 家庭地址

街道号: \_\_\_\_\_ 街道: \_\_\_\_\_ 公寓号: \_\_\_\_\_  
 城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_

申请编号:

## 个人护理员

1.您是否需要个人护理员?  是  否

在个人护理员（PCA）一栏勾选“是”，即表示您需要有人与您同行，方可成功完成出行。我们不提供个人护理员，需要您负责安排，他们可免费出行。

是否有人帮助填写本申请表?

2.是否有人帮您填写本申请表?  是  否

名字: \_\_\_\_\_  
电子邮箱地址: \_\_\_\_\_  
关系: \_\_\_\_\_

姓氏: \_\_\_\_\_  
电话: \_\_\_\_\_  
联系此人:  是  否

紧急联系人

3.您是否希望提供紧急联系人信息?  是  否

名字: \_\_\_\_\_  
姓氏: \_\_\_\_\_  
日间电话: \_\_\_\_\_  
移动电话: \_\_\_\_\_  
街道号: \_\_\_\_\_ 街道: \_\_\_\_\_  
城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_

中间名: \_\_\_\_\_  
电子邮箱地址: \_\_\_\_\_  
晚间电话: \_\_\_\_\_  
关系: \_\_\_\_\_

公寓号: \_\_\_\_\_  
邮政编码: \_\_\_\_\_

申请

申请人健康问题

4.您的健康/残疾情况如何? \_\_\_\_\_

5.是否属于临时性残疾或健康问题?

是  否

6.您目前是否正在接受任何治疗?

是  否

7.如果是，您将接受多长时间的治疗?

1-3 个月  3-6 个月  6-9 个月  
 9-12 个月  一年以上

8.您正在接受什么治疗?

无  物理治疗  化疗  
 放疗  透析  心理治疗  
 非负重式固定  负重式固定  出行培训  
 康复计划  外科  新药  
 药物  恢复期  其他

9.请阅读下列陈述，选择最能描述您残疾情况的一项

我能够独立乘坐公交系统  我相信我能够学会乘坐城市公交，有人教我如何乘坐。  我可以在一些出行中使用城市公交，但有些不行。  
 我患有临时性残疾，只在康复前需要 CATS。  我无法独自乘坐城市公交

申请编号:

10.您目前外出时是否使用移动设备?  是  否

11.如果是,请在列表中勾选适用项。

- |                                  |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 电力/电动轮椅 | <input type="checkbox"/> 腋拐     |
| <input type="checkbox"/> 手动轮椅    | <input type="checkbox"/> 便携氧气瓶  |
| <input type="checkbox"/> 滑板车     | <input type="checkbox"/> 无      |
| <input type="checkbox"/> 运动轮椅    | <input type="checkbox"/> 其他     |
| <input type="checkbox"/> 助步器     | <input type="checkbox"/> 通讯板    |
| <input type="checkbox"/> 服务型动物   | <input type="checkbox"/> 腿部支架   |
| <input type="checkbox"/> 假体      | <input type="checkbox"/> 图片/字母板 |
| <input type="checkbox"/> 手杖      | <input type="checkbox"/> 平衡车    |
| <input type="checkbox"/> 盲杖      |                                 |

12.您的滑板车/轮椅宽度是否超过 30 英寸?  
 是  否  我不知道  无

13.您的滑板车/轮椅长度是否超过 48 英寸?  
 是  否  我不知道  无

14.您和移动设备的总重量是否超过 600 磅?  
 是  否  我不知道  无

15.说明:

16.您是否独立乘坐公交车?  
 是/偶尔  否/不知道  有可能,需要培训

固定线路

17.如果您单独乘坐城市公交,请说明线路:

第一线路目的地名称: \_\_\_\_\_

线路: \_\_\_\_\_

街道号: \_\_\_\_\_ 街道: \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_

是否需要转乘?

第二线路

目的地名称: \_\_\_\_\_

线路: \_\_\_\_\_

街道号: \_\_\_\_\_ 街道: \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_

是否需要转乘?

18.乘坐无障碍公共汽车时，您是否需要有人（个人护理员）同行？

- 是                                       否                                       偶尔  
 不知道

如果您选择是，请说明：

19.CATS 为想学习如何乘坐公交车的人士提供出行培训。如该问题回答“是”，CATS 即可能会联系您安排预约。您对出行培训是否感兴趣？

- 是                                       否

20.您是否有听力问题，因此无法乘坐公交车？

- 是                                       否

如果您选择是，请说明：

21.您是否有视觉问题，因此无法乘坐公交车？

- 是                                       否

如果您选择是，请说明：

22.您是否有记忆问题，因此无法乘坐公交车？

- 是                                       否

如果您选择是，请说明：

23.您是否有平衡问题，因此无法乘坐公交车？

- 是                                       否

如果您选择是，请说明：

24.您是否有呼吸问题，因此无法乘坐公交车？

- 是                                       否

如果您选择是，请说明：

25.如果没有地方坐，您在公共汽车站站立 15 分钟是否会有问题？

- 是                                       否

如果您选择是，请说明：

26.您在数钱和向公交司机付款方面是否有问题？

- 是                                       否

如果您选择是，请说明：



27.您独立过马路是否有问题？

是  否

如果您选择是，请说明：

28.在不休息的情况下，您步行（可使用移动设备）或坐轮椅能走多远？

29.以下任何一种情况是否妨碍您乘坐公交车？

- |  |                                   |  |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 严寒            | <input type="checkbox"/> 酷暑       | <input type="checkbox"/> 下雨                      |
| <input type="checkbox"/> 夜盲症           | <input type="checkbox"/> 下雪       | <input type="checkbox"/> 光敏（晴天、阴天等）              |
| <input type="checkbox"/> 缺少人行道         | <input type="checkbox"/> 缺少人行道坡道  | <input type="checkbox"/> 路面不平（土路、坑洼等）            |
| <input type="checkbox"/> 山丘            | <input type="checkbox"/> 无法进入公交车站 | <input type="checkbox"/> 无法步行/坐轮椅走 50 英尺（1 个街区）  |
| <input type="checkbox"/> 空气污染（雾霾、过敏）   | <input type="checkbox"/> 天气好/坏    | <input type="checkbox"/> 无法步行/坐轮椅走 1/4 英里（3 个街区） |
| <input type="checkbox"/> 缺乏力量和耐力（过度疲劳） | <input type="checkbox"/> 无法转乘公交车  | <input type="checkbox"/> 无法步行/坐轮椅走 3/4 英里（9 个街区） |
| <input type="checkbox"/> 无             |                                   |  |

签订本条款即表示本人理解正在授权 ADARide.com 和 Charlotte 地区交通系统（CATS）出于以下目的和活动使用和披露本人的受保护健康信息。

- 1) 将信息传递给交通提供商和移动服务
- 2) 允许联系您的医疗保健提供者，验证您的残疾和治疗计划，从而获得辅助交通服务资格。
- 3) 据本人所知，所提供的信息真实准确。
- 4) 本人同意在行动能力发生重大变化时通知 CATS。

ADARide.com 和 CATS 感谢您在此过程中的合作，并向您保证，您受保护的健康信息将通过严格的 HIPAA（健康保险携带和责任法案）合规政策和程序进行管理。

本人知悉，本人有权在签字前查看并收到本同意书副本。特此证明，就本人所知，在资格审查过程中提供的信息真实准确。本人理解，如在此过程中或在评估过程中出现虚假陈述，可能导致使用辅助交通服务的特权被拒。

签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

您对发布内容是否有注意事项或限制？

\_\_\_\_\_



# 医疗专业人士验证

(仅供专业人士使用)

您的客户/患者正在申请 CATS STS 辅助交通服务

共享信息将根据健康保险携带和责任法案 (HIPPA) 中确定的要求受到保护, 您的患者/客户已同意允许 Charlotte 地区交通系统及  
其资格承包商 ADARIDE.com 通过该申请联系您获取此信息。非常感谢您的合作和协助。如果您有任何问题或意见, 请随时与我们联系  
@ 1-877-232-7433, [www.adaride.com](http://www.adaride.com), 也可发送传真至 @ 310-410-0239。

将此表格安全发送至:

请将填写好的表格寄往:

ADARIDE 19300 S. HAMILTON AVE SUITE #120 GARDENA, CA 90248

或传真至: (310) 410-0239

或发送电子邮件至: [info@adaride.com](mailto:info@adaride.com)

有资格填写此表格的医疗保健专业人员

康复专家

独立生活顾问

社工/家庭顾问

心理专家/精神病专家

职业/物理治疗师/助理

医学博士

注册护士/护理助理/医疗助理特殊教育教师

客户/患者姓名:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 您的专业信息

名字: \_\_\_\_\_

中间名: \_\_\_\_\_

姓氏: \_\_\_\_\_

专业

许可证号: \_\_\_\_\_

专业: \_\_\_\_\_

电子邮箱地址: \_\_\_\_\_

日间电话: \_\_\_\_\_

手机: \_\_\_\_\_

地址

街道号: \_\_\_\_\_ 街道: \_\_\_\_\_ 公寓号: \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_

1. 请列出对您正在治疗客户/患者的诊断, 以及客户可能有的任何其他诊断

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. 请指出以下哪一类对客户/患者限制最大。

如果两种残疾均限制了客户/患者的独立性和行动力, 可以勾选多个类别。

精神

身体

视觉

如果选择身体, 请选择类别:

心血管

器官衰竭/移植/糖尿病

胃肠疾病

骨科疾病

老年疾病

其他

传染病/免疫疾病

小儿疾病

神经系统疾病

肺部疾病

肿瘤与血液疾病

3.哪种说法最能描述您患者的情况？

- 正在接受治疗，希望有所好转                       不可改变的永久状态                       病情严重，已到晚期
- 病情不会影响独立乘坐公交车                       以上均不是

4.预后：

5.包含开始日期和预计完成日期的治疗计划：

6.您是否开过处方或知道客户/患者目前使用的设备？

- 无                       手杖                       电力轮椅
- 腋拐                       手动轮椅                       滑板车
- 盲杖                       助步器                       腿部支架
- 便携氧气瓶                       服务型动物                       假体
- 折叠式助行器

7.您是否知道客户/患者在平衡方面有哪些挑战？

- 是                       否                       偶尔
- 不知道

如果选择是/有时，请详细说明：

8.您是否知道客户/患者在力量和耐力方面有哪些挑战？

- 是                       否                       偶尔
- 不知道

如果选择是/有时，请详细说明：

9.您认为患者/客户是否可以独立行走/骑行 3/4 英里（大约 9 个街区，如有需要，可以使用移动设备和进行短暂休息）？

- 是                       否                       偶尔
- 不知道

如果选择是/有时，请详细说明：

10.您是否知道客户/患者在记忆方面有哪些挑战？

- 是                       否                       偶尔
- 不知道

如果选择是/有时，请详细说明：

11. 您是否知道客户/患者在过马路时有哪些挑战？

是  否  偶尔

不知道

如果选择是/有时，请详细说明：

12. 您是否对客户/患者独自乘坐公交车有任何安全顾虑（例如恐慌发作、丘陵、认知缺陷、跌倒风险等）

是  否  偶尔

不知道

如果选择是/有时，请详细说明：

13. 您是否知道可能影响客户/患者乘坐城市公交的任何视力障碍？

是  否  偶尔

不知道

如果选择是/有时，请详细说明：

14. 您是否知道可能影响客户/患者乘坐城市公交的任何听力障碍？

是  否  偶尔

不知道

如果选择是/有时，请详细说明：

15. 本人理解，该申请旨在确定申请人是否有时无法使用 Charlotte 地区交通系统城市公交服务，因此可能需要 CATS 特殊交通计划满足其公共交通需求。特此证明，据本人所知，本申请表中客户/患者相关信息真实准确。本人理解，提供虚假信息可能受到法律制裁。

16. 专业人员签名/姓名： \_\_\_\_\_