

# CATS 보조 교통 서비스 신청 및 지침

## 보조 교통 서비스란 무엇입니까?

CATS는 미국 장애인법(ADA)에 따라 장애(신체, 인지, 시각)로 인해 고정 노선 버스에 접근할 수 없는 사람들에게 보조 교통 서비스를 제공합니다. ADA는 연방 규정 49 CFR 섹션 37.123에 보조 교통 서비스의 이용 자격을 정의하고 있습니다. CATS 보조 교통 서비스는 출발지부터 도착지까지 운행하는 사전 예약 승차 공유 서비스입니다.

## 탑승 예약

CATS 보조 교통 서비스를 이용하려는 탑승자는 인증을 받아야 합니다. 전화 (704) 336-2637로 연락하여 탑승 일정을 예약하십시오.

## 보조 교통 서비스 지역이란 무엇입니까?

보조 교통 서비스는 서비스 지역 내의 모든 노선 운영을 보장하는 ADA 법에 따라 운영됩니다. 보조 교통 서비스 지역은 기존 고정 노선 또는 지역 버스 노선에서 양방향 ¾마일까지의 지역으로 정의됩니다. 이 지역 내에서 고정 노선이 운행되는 동일한 요일과 시간에 서비스를 이용할 수 있습니다.

거주지가 서비스 지역 내에 있지 않은 경우에도 보조 교통 서비스에 대한 승인을 받을 수 있습니다. 이러한 경우 서비스 지역에서 ¾마일 내에 있는 위치에서 승하차해야 합니다.

CATS가 고정 노선 버스의 서비스 수준을 변경하는 경우, 보조 교통 서비스 탑승자의 ADA ¾마일 서비스 지역에도 영향이 있을 수 있습니다. 이러한 변경은 거주지부터 또는 원하는 하차 위치까지 서비스를 받을 수 있는지 여부에 영향을 미칠 수 있습니다.

## 이용 자격은 어떻게 결정됩니까?

고정 노선 버스 이용이 불가능한 장애가 있는 경우, 일부 또는 모든 노선에서 보조 교통 서비스를 이용할 자격이 인정될 수 있습니다.

이용 자격은 다음 세 가지 요소에 따라 결정됩니다.

1. 버스 정류장에서/으로의 이동 가능 여부

2. 버스 탑승 가능 여부
3. 고정 노선 버스 체계를 찾을 수 있는 인지 능력 여부

## STS 이용 자격 결정에 고려되지 않는 운영 상의 문제:

1. 나이
2. 버스 정류장으로부터의 거리
3. 지역 내 버스 서비스 부족
4. 만원 버스 여부

---

## 신청서 작성

CATS 보조 교통 서비스 신청에 관심이 있는 사람은 우편 또는 팩스를 통해 신청서를 받거나 온라인으로 신청서를 작성할 수 있습니다. 우편 또는 팩스를 통해 신청서 양식을 받으려면 전화 **(704) 336-2637**로 보조 교통 서비스에 연락하여 옵션 3을 선택하십시오. 또는 **ADA Ride**를 방문하십시오.

그리고 지침에 따라 온라인으로 신청서를 작성하십시오. 신청서에서 장애 상태에 대해 설명하고 이 장애가 CATS 고정 노선 서비스를 이용할 수 있는 능력에 어떤 영향을 미치는지 설명해야 합니다. 모든 질문에 답변했는지 확인하고 담당 의료인이 전문가 확인 섹션을 작성했는지 확인하십시오. 신청서 작성이 완료되지 않은 경우 신청서는 반송됩니다. 작성을 완료한 신청서는 다음으로 보내드립니다.

### CATS Paratransit Services

901 North Davidson Street  
Charlotte NC 28206

작성한 신청서를 팩스 **(704) 336-5119**로 전송할 수도 있습니다.

보조 교통 서비스에 신청서가 접수되면 서비스 담당자가 연락하여 대면 인터뷰와 해당되는 경우 기능 평가 일정을 잡을 수 있습니다.

인터뷰와 평가가 완료되면 다음 중 하나로 판정됩니다.

- 서비스 이용 자격이 있음
  - 조건부로 이용 자격이 있음
  - 서비스 이용에 부적합
- 보조 교통 서비스를 이용할 자격이 있다고 판정된 사람에게는 CATS 보조 교통 서비스 이용 인증 및 이용 자격이 명시된 결정서가 발송됩니다.

부적합 또는 조건부 이용 자격으로 판정된 신청자는 평가에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 이의 제기를 심사하기 위해 독립적인 위원단이 구성되었으며 심사위원회에는 장애인이 포함되어 있습니다. 장애의 특성에 따라, CATS 고정 노선 버스를 이용할 수 없다는 기능 평가 전문가의 인증을 받아야 할 수 있습니다. 이 평가가 필요한지 여부는 CATS 직원이 알려드립니다. 새로운 ADA 규정에 따라 CATS는 다음과 같은 장애인에게 교통편을 제공해야 합니다.

- 리프트 또는 기타 탑승 장치 작동자를 제외한 다른 사람의 도움이 없으면 장애인 탑승 가능 버스에 승차, 탑승, 하차할 수 없는 사람
- 장애인 탑승 가능 버스에 승차, 탑승, 하차할 수 있지만 이러한 버스가 노선에서 운행되지 않는 시간 동안 교통편이 필요한 사람
- 버스 정류장으로 왕복할 수 없는 특정한 장애 관련 상태인 사람

---

## 방문자(살렛 주민이 아닌 사람)

ADA 규정에 따라, CATS 보조 교통 서비스는 본인이 거주하는 관할권에서 ADA 보조 교통 서비스 이용 자격이 있다고 인증되었거나 장애가 명백하지 않은 경우 거주 및 장애 증명으로 인증된 살렛 방문자에게 보조 교통 서비스를 제공합니다. 방문자 신분으로는 365일 기간 내에 최대 21일 동안 CATS 보조 교통 서비스를 이용할 수 있습니다.

이 정보를 팩스 [\(704\) 336-5119](tel:7043365119) 또는 이메일

[CATSADAeligibility@charlottenc.gov](mailto:CATSADAeligibility@charlottenc.gov)로 전송할 수 있습니다.

질문이 있는 경우 보조 교통 서비스 이용 자격 심사 및 인증 사무실에 [\(704\) 336-5055](tel:7043365055)로 문의하시기 바랍니다.



## ADA 보조 교통 서비스 신청서

신청서 ID:

살럿 지역 교통 시스템(CATS) 특별 운송 서비스(STS)를 신청해 주셔서 감사합니다.	
<p>STS 는 고정 노선 버스 서비스를 이용할 수 없는 장애인 분들을 위해 CATS 가 제공하는 보조 교통 서비스입니다. STS 는 "ADA 보조 교통수단 이용 자격이 있는" 분들에게 밴 또는 공용 승차 서비스를 제공합니다. STS 는 신체, 시각 또는 인지 장애 때문에 혼자 힘으로 버스를 탈 수 없는 분들을 돕기 위한 서비스입니다.</p>	
<b>이용 자격 유형</b>	
<p><b>무조건부 자격:</b> 고정 노선 버스를 전혀 이용할 수 없기 때문에 STS 를 이용할 수 있습니다.  <b>조건부 자격:</b> 특정한 "조건"일 경우 고정 노선 버스를 이용할 수 없을 때 STS 를 이용할 수 있습니다.  <b>임시 자격:</b> 버스를 이용할 수 있는 능력이 개선되거나 변화할 것으로 예상되는 일시적인 기간 동안 STS 를 이용할 수 있습니다.  <b>부적합:</b> 혼자 힘으로 고정 노선 버스를 이용할 수 있다고 판정되었으므로 STS 보조 교통수단을 이용할 자격이 없습니다. 이의제기 절차를 이용할 수 있으며, 지침은 부적합 안내서에 제공됩니다.</p>	
<b>도움말</b>	
<p>신청서 작성에 도움이 필요하시면 ADARIDE 에 전화 (877) 232-7433 으로 문의하시기 바랍니다.          두 가지 양식을 모두 작성하여 우편을 통해 아래 주소로 보내주십시오.  <b>ADARIDE 19300 S. HAMILTON AVE SUITE #120 GARDENA, CA 90248</b>          또는 팩스 (310) 410-0239 로 보내주시거나          이메일 <a href="mailto:info@adaride.com">info@adaride.com</a> 으로 보내주시기 바랍니다.</p>	
<b>처리 시간</b>	
<p>작성하신 신청서가 수신되면 STS 보조 교통 서비스에 대한 판정 과정이 시작됩니다. 신청서와 확인서만으로 STS 보조 교통수단 이용 자격을 결정할 수 없거나 불분명/모순적/모호한 경우, 대면 이동성 회의를 위해 즉시 연락해 드립니다. 대면 이동성 회의에 참석하기 위한 교통편을 구할 수 없는 경우, STS 가 회의장까지 왕복 차량을 무료로 제공합니다. 대면 이동성 회의를 포함한 전체 절차를 완료한 후 21 일 이내에 판정하여 결과를 서면으로 알려드립니다. 신청서 ID:</p>	
<b>개인 정보</b>	
<p>이름: _____</p> <p>성: _____</p> <p>기본 언어 _____</p> <p>생년월일: _____</p> <p>이메일 주소: _____</p> <p>사용자 이름: _____</p> <p>주간 전화: _____</p> <p>휴대폰: _____</p>	<p>가운데 이름: _____</p> <p>성별: _____</p> <p>TDD: _____</p> <p>출생지: _____</p> <p>형식: _____</p> <p>야간 전화: _____</p>
<b>우편 주소</b>	
<p>번지수: _____ 도로명 _____ 아파트 호수: _____</p> <p>도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____</p>	
<b>집 주소</b>	
<p>번지수: _____ 도로명: _____ 아파트 호수: _____</p> <p>도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____</p>	
신청서 ID:	
<b>개인 도우미</b>	

1. 개인 도우미가 필요하십니까?  예  아니요

개인 도우미(PCA) 질문에 "예"를 선택하시면 버스를 원활하게 이용하기 위해 이동을 보조할 사람이 필요한 것으로 간주됩니다. STS 는 PCA 를 제공하지 않습니다. PCA 와 함께 이동하는 것은 이용자의 책임이며 PCA 의 탑승 요금은 무료입니다.

이 신청서를 작성하는 데 도움을 준 사람이 있습니까?

2. 이 신청서를 작성하는 데 도움을 준 사람이 있습니까?  예  아니요

이름: \_\_\_\_\_ 성: \_\_\_\_\_  
 이메일 주소: \_\_\_\_\_ 전화: \_\_\_\_\_  
 관계: \_\_\_\_\_ 이 사람에게 연락:  예  아니요

비상 연락처

3. 비상 연락처 정보를 제공하시겠습니까?  예  아니요

이름: \_\_\_\_\_ 가운데 이름: \_\_\_\_\_  
 성: \_\_\_\_\_ 이메일 주소: \_\_\_\_\_  
 주간 전화: \_\_\_\_\_ 야간 전화: \_\_\_\_\_  
 휴대폰: \_\_\_\_\_ 관계: \_\_\_\_\_  
 번지수: \_\_\_\_\_ 도로명: \_\_\_\_\_ 아파트 호수: \_\_\_\_\_  
 도시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

신청서

**신청인의 의학적 상태**

4. 어떤 의학적 상태/장애가 있습니까? \_\_\_\_\_

5. 일시적 장애 또는 건강 상태입니까?  
 예  아니요

6. 현재 치료를 받고 있습니까?  
 예  아니요

7. "예"로 답한 경우, 얼마나 오래 치료를 받을 예정이십니까?  
 1~3 개월  3~6 개월  6~9 개월  
 9~12 개월  1 년 이상

8. 어떤 치료를 받고 계십니까?  
 없음  물리 치료  화학 요법  
 방사선 치료  투석  정신 치료  
 비체중 부하 고정  체중 부하 고정  이동 훈련  
 재활 프로그램  수술  신약 투여  
 약물 투여  영양  기타

9. 아래 설명을 읽고 자신의 장애를 가장 잘 설명하는 항목 하나를 선택하십시오.  
 혼자 힘으로 교통 시스템에 탑승할 수 있습니다.  시내버스에 탑승하는 방법을 가르쳐 준다면 탑승 방법을 배울 수 있다고 생각합니다.  특정 노선은 시내버스를 이용할 수 있지만 다른 노선은 이용할 수 없습니다.

일시적인 장애가 있으며 회복할 때까지 CATS가 필요합니다.

혼자서는 시내버스에 탑승할 수 없습니다.

신청서 ID:

10. 다른 장소로 이동할 때 현재 이동 장치를 사용하고 있습니까?  예  아니요

11. "예"로 답한 경우 목록에서 해당하는 항목에 표시하십시오.

- |                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 전동 휠체어     | <input type="checkbox"/> 목발        |
| <input type="checkbox"/> 수동 휠체어     | <input type="checkbox"/> 휴대용 산소 장치 |
| <input type="checkbox"/> 스쿠터        | <input type="checkbox"/> 없음        |
| <input type="checkbox"/> 스포츠 휠체어    | <input type="checkbox"/> 기타        |
| <input type="checkbox"/> 보행기        | <input type="checkbox"/> 의사소통판     |
| <input type="checkbox"/> 장애인 보조 동물  | <input type="checkbox"/> 다리 보조기    |
| <input type="checkbox"/> 의수족        | <input type="checkbox"/> 그림판/글자판   |
| <input type="checkbox"/> 지팡이        | <input type="checkbox"/> 세그웨이      |
| <input type="checkbox"/> 시각장애인용 지팡이 |                                    |

12. 스쿠터/휠체어 너비가 30 인치를 초과합니까?

예  아니요  모름  N/A

13. 스쿠터/휠체어 길이가 48 인치를 초과합니까?

예  아니요  모름  N/A

14. 이용자와 이동 장치의 무게를 합한 총 무게가 600 파운드를 초과합니까?

예  아니요  모름  N/A

15. 설명:

16. 혼자 힘으로 버스를 이용하십니까?

예/가끔씩  아니요/모름  훈련하면 가능할 것 같음

고정 노선

17. 혼자 힘으로 시내버스를 이용하는 경우, 노선을 구체적으로 설명해 주십시오.

첫 번째 노선

목적지 이름: \_\_\_\_\_

노선: \_\_\_\_\_

번지수: \_\_\_\_\_ 도로명: \_\_\_\_\_

도시: \_\_\_\_\_

환승하십니까?

두 번째 노선

목적지 이름: \_\_\_\_\_

노선: \_\_\_\_\_

번지수: \_\_\_\_\_ 도로명: \_\_\_\_\_

도시: \_\_\_\_\_

환승하십니까?

18. 장애인 탑승 가능 버스에 탑승할 때 동행할 사람(개인 도우미)이 필요하십니까?

- 예  아니요  가끔씩  
 모름

"예"를 선택한 경우 구체적으로 설명해 주십시오.

19. CATS 는 버스 이용 방법을 배우고자 하는 분들에게 이동 훈련을 제공합니다. 이 질문에 "예"로 답한 경우, CATS 가 훈련 시간을 예약하기 위해 연락드릴 수 있습니다. 이동 훈련에 관심이 있습니까?

- 예  아니요

20. 버스를 이용할 수 없을 정도로 청각에 문제가 있습니까?

- 예  아니요

"예"를 선택한 경우 구체적으로 설명해 주십시오.

21. 버스를 이용할 수 없을 정도로 시각에 문제가 있습니까?

- 예  아니요

"예"를 선택한 경우 구체적으로 설명해 주십시오.

22. 버스를 이용할 수 없을 정도로 기억력에 문제가 있습니까?

- 예  아니요

"예"를 선택한 경우 구체적으로 설명해 주십시오.

23. 버스를 이용할 수 없을 정도로 균형 감각에 문제가 있습니까?

- 예  아니요

"예"를 선택한 경우 구체적으로 설명해 주십시오.

24. 버스를 이용할 수 없을 정도로 호흡에 문제가 있습니까?

- 예  아니요

"예"를 선택한 경우 구체적으로 설명해 주십시오.

25. 앉을 자리가 없는 경우 15 분 동안 버스 정류장에서 서 있는 데 문제가 있습니까?

- 예  아니요

"예"를 선택한 경우 구체적으로 설명해 주십시오.

26. 돈을 세고 버스 기사에게 요금을 내는 데 문제가 있습니까?

- 예  아니요

"예"를 선택한 경우 구체적으로 설명해 주십시오.



27. 혼자 힘으로 도로를 건너는 데 문제가 있습니까?

예  아니요

"예"를 선택한 경우 구체적으로 설명해 주십시오.

28. 걷거나(이동 장치 사용 가능) 휠체어를 타고 휴식 없이 얼마나 멀리 이동할 수 있습니까?

29. 다음 중 어떤 이유로 버스를 이용할 수 없습니까?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 추위                 | <input type="checkbox"/> 더위               | <input type="checkbox"/> 비                                  |
| <input type="checkbox"/> 야맹증                | <input type="checkbox"/> 눈                | <input type="checkbox"/> 광민감성(화창한 날씨, 흐린 날씨 등)              |
| <input type="checkbox"/> 보행로 부족             | <input type="checkbox"/> 연석 경사로 부족        | <input type="checkbox"/> 고르지 않은 이동 경로(비포장 도로, 패인 곳 등)       |
| <input type="checkbox"/> 언덕길                | <input type="checkbox"/> 버스 정류장에 접근할 수 없음 | <input type="checkbox"/> 걷거나 휠체어를 타고 50 피트(1 블록)를 이동할 수 없음  |
| <input type="checkbox"/> 공기 오염(스모그, 알러지)    | <input type="checkbox"/> 맑은 날/곳은 날        | <input type="checkbox"/> 걷거나 휠체어를 타고 1/4 마일(3 블록)을 이동할 수 없음 |
| <input type="checkbox"/> 체력과 인내심 부족(과도한 피로) | <input type="checkbox"/> 버스를 환승할 수 없음     | <input type="checkbox"/> 걷거나 휠체어를 타고 3/4 마일(9 블록)을 이동할 수 없음 |
| <input type="checkbox"/> 없음                 |   |   |

이 약관에 서명함으로써 본인은 ADAride.com 과 샬럿 지역 교통 시스템(CATS)이 다음과 같은 목적과 활동을 위해 본인의 보호되는 건강 정보를 사용하고 공개하는 것에 동의합니다.

- 1) 정보를 운송 업체와 이동 서비스에 전송합니다.
- 2) 보조 교통수단 이용 자격을 판정하기 위해 의료 기관에 문의하여 장애와 치료 계획을 확인할 수 있도록 허용합니다.
- 3) 제공된 정보는 본인이 알고 있는 한에서 사실이고 정확합니다.
- 4) 내 이동성에 상당한 변화가 있을 경우 CATS 에 알리는 것에 동의합니다.

ADAride.com 과 CATS 는 이 과정에서 신청자 여러분의 협력에 감사드리며 신청자의 보호된 건강 정보가 HIPAA(Health Insurance Portability and Accountability Act, 건강 보험 이전 및 책임에 관한 법)를 엄격히 준수하는 정책과 절차를 통해 관리될 것임을 보증합니다.

본인은 서명하기 전에 이 동의서 양식의 사본을 검토하고 수신할 권리가 있음을 인지하고 있습니다. 본인은 이용 자격 판정 과정 중에 제공한 정보가 본인이 알고 있는 한에서 사실이고 정확함을 확인합니다. 본인은 이 과정에서 또는 평가 중에 허위로 진술할 경우 보조 교통 서비스 이용 권한이 거부될 수 있음을 이해합니다.

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

이 공개에 대하여 남기실 참고 사항이나 제한 사항이 있습니까?

\_\_\_\_\_



# 의료 전문가 확인서

(전문가 전용)

귀하의 고객/환자가 CATS STS 보조 교통 서비스를 신청하고 있습니다.

공유된 정보는 건강 보험 이전 및 책임에 관한 법(Health insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)의 요건에 따라 보호되며, 귀하의 환자/고객은 신청서를 통해 살렷 지역 교통 시스템(CATS)과 이용 자격 처리 계약업체인 ADARide.com 이 귀하에게 이 정보에 대해 문의하는 데에 동의했습니다. 귀하의 협조와 지원에 진심으로 감사드립니다. 질문이나 의견이 있다면 전화 1-877-232-7433, 홈페이지 [www.adaride.com](http://www.adaride.com), 팩스 310-410-0239 로 언제든지 문의해 주시기 바랍니다.

이 양식을 안전하게 전송할 대상:

두 가지 양식을 모두 작성하여 우편을 통해 아래 주소로 보내주십시오.

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

또는 팩스 (310) 410-0239 로 보내주시거나

이메일 [info@adaride.com](mailto:info@adaride.com) 으로 보내주시기 바랍니다.

이 양식을 작성할 자격이 있는 의료 전문가

재활 전문가

자립생활 상담사

사회 복지사/가족 상담사

심리학자/정신과의사

작업 치료사/물리 치료사/보조사

의사/정골의사

정규 간호사/간호 조무사/의료 보조사

특수 교육 교사

고객/환자의 성명:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

귀하의 직업 정보

이름: \_\_\_\_\_

가운데 이름: \_\_\_\_\_

성: \_\_\_\_\_

전문직

면허 번호: \_\_\_\_\_

직업: \_\_\_\_\_

이메일 주소: \_\_\_\_\_

주간 전화: \_\_\_\_\_

휴대폰: \_\_\_\_\_

주소

번지수: \_\_\_\_\_

도로명: \_\_\_\_\_

아파트 호수: \_\_\_\_\_

도시: \_\_\_\_\_

주: \_\_\_\_\_

1. 고객/환자를 어떤 진단으로 치료하고 있으며 고객이 받은 다른 진단이 있는지 기재해 주십시오.

\_\_\_\_\_

2. 다음 중 어떤 범주가 고객/환자의 이동을 가장 크게 제한하는지 표시해 주십시오.

복수의 장애가 모두 고객/환자의 자립성과 이동성을 제한하는 경우 두 개 이상의 범주를 선택할 수 있습니다.

정신

신체

시각

"신체"를 선택한 경우 다음 중 해당하는 범주를 선택해 주십시오.

심혈관

장기 기능 부전/이식/당뇨병

위장 장애

정형외과 질환

노인성 장애

기타

감염병/면역학

소아 질환

신경 장애

폐 질환

종양학 및 혈액학

3. 다음 중 환자의 상태를 가장 잘 설명하는 항목은 무엇입니까?

- 치료 중이며 개선될 희망이 있음       변화가 예상되지 않는 영구적 상태       질병이 진행되고 있으며 말기로 간주됨
- 혼자 힘으로 버스를 이용하는 데 방해가 되지 않는 상태       위의 항목 중 해당 사항 없음

4. 예후:

5. 시작일 및 예상 완료일을 포함한 치료 계획:

6. 고객/환자가 현재 사용하고 있는 이동 장치를 처방했거나 알고 계십니까?

- 없음       지팡이       전동 휠체어
- 목발       수동 휠체어       스쿠터
- 시각장애이용 지팡이       보행기       다리 보조기
- 휴대용 산소 장치       장애인 보조 동물       의수족
- 접이식 보행기

7. 고객/환자가 균형 감각과 관련하여 어떤 어려움을 겪고 있는지 알고 계십니까?

- 예       아니요       가끔씩
- 모름

"예/가끔씩"을 선택한 경우 자세히 설명해 주십시오.

8. 고객/환자가 체력 및 인내력과 관련하여 어떤 어려움을 겪고 있는지 알고 계십니까?

- 예       아니요       가끔씩
- 모름

"예/가끔씩"을 선택한 경우 자세히 설명해 주십시오.

9. 환자/고객이 혼자 힘으로 걷거나 휠체어를 타고 3/4 마일(필요한 경우 이동 장치를 사용하여 짧은 기간 휴식하면서 약 9 블록)을 이동할 수 있다고 생각하십니까?

- 예       아니요       가끔씩
- 모름

"예/가끔씩"을 선택한 경우 자세히 설명해 주십시오.

10. 고객/환자가 기억력과 관련하여 어떤 어려움을 겪고 있는지 알고 계십니까?

- 예       아니요       가끔씩
- 모름

"예/가끔씩"을 선택한 경우 자세히 설명해 주십시오.

11. 고객/환자가 도로를 건너는 것과 관련하여 어떤 어려움을 겪고 있는지 알고 계십니까?

예  아니요  가끔씩

모름

"예/가끔씩"을 선택한 경우 자세히 설명해 주십시오.

12. 고객/환자가 혼자 버스를 이용할 경우 안전에 대한 우려 사항이 있습니까(예: 공황 발작, 언덕길, 인지 장애, 낙상 위험 등)?

예  아니요  가끔씩

모름

"예/가끔씩"을 선택한 경우 자세히 설명해 주십시오.

13. 고객/환자가 시내버스를 이용할 때 어떤 시각 장애로 어려움을 겪을 수 있는지 알고 계십니까?

예  아니요  가끔씩

모름

"예/가끔씩"을 선택한 경우 자세히 설명해 주십시오.

14. 고객/환자가 시내버스를 이용할 때 어떤 청각 장애로 어려움을 겪을 수 있는지 알고 계십니까?

예  아니요  가끔씩

모름

"예/가끔씩"을 선택한 경우 자세히 설명해 주십시오.

15. 본인은 이 신청서의 목적이 신청자가 살던 지역 교통 시스템(CATS)의 시내버스 서비스를 이용할 수 없는 경우가 있는지 판단하는 것이며 따라서 대중 교통 필요를 해결하기 위해 CATS 특별 운송 프로그램이 필요할지 여부를 판단하는 것임을 이해합니다. 본인은 고객/환자와 관련하여 본인이 알고 있는 한에서 이 신청서의 정보가 사실이고 정확함을 확인합니다. 본인은 허위 정보를 제공할 경우 법에 따라 처벌을 받을 수 있음을 이해합니다.

16. 전문인 서명/성명: \_\_\_\_\_