



CATS ADA 资格申请

尊敬的申请人：

感谢您垂询夏洛蒂地区客运系统（CATS）《美国残疾人法案》（ADA）辅助客运服务的资格申请事宜。本申请表适用于申请或继续使用 CATS 辅助客运服务的资格。

在填写申请表前，敬请仔细阅览附件内容。

CATS 辅助客运服务向因为残疾而无法使用固定路线公交或铁路服务的个人提供服务。无法使用固定路线公交服务的情况可包括：无法往返公交车站、无法上下公交车，或无法理解如何乘坐和使用公交系统。

CATS 为符合 ADA 辅助客运服务资格且无法使用固定路线的公交或铁路服务的人员提供路边到路边的共享搭乘服务。例如，如果公交车站就在附近，而且您能够毫无障碍地往返于公交车站，您就能够使用公交服务来实现某些行程。在某些情况下，您可能无法前往公交车站，也无法乘坐公交车。

资格分为五个类别：

无条件

该服务对乘客出行安排的时间和原因均无任何限制。该服务仅为无法使用任何固定路线公交及铁路服务的人员提供。临时或永久认证对出行安排的数量或原因均无任何影响。

1. 无条件 - 临时

该认证水平须根据乘客的能力进行更频繁的再认证及再评估。

2. 无条件 - 永久

该认证水平适用于状况无法改善的人员。

有条件

该服务水平适用于偶尔有能力使用固定路线公交或铁路服务的人员。我们将为乘客提供出行培训，令其了解如何高效地使用固定路线公交或铁路路段的服务来抵达目的地。出行培训并非强制。



CATS ADA 资格申请

3. 有条件 - 临时

该服务水平适用于有能力使用固定路线公交或铁路服务系统且仅偶尔需要使用辅助客运服务的人员。影响乘客的情况有望改善。该服务的期限可能会短于需要再认证的正常到期日。乘客预订的行程须经过筛查，确保符合出行条件。

4. 有条件 - 永久

乘客可偶尔使用固定路线公交或地铁系统。限制情况预计不会改善，或有可能恶化。

5. 无资格

若申请人不符合资格并被拒，申请人将会收到一封详细阐述被拒原因的信件。该信件将伴有申诉流程指南。

为了让我们能够准确地确定您享受该服务的资格，**请尽量完整地、准确地填写以下的申请信息。** 这些问题旨在确定您在哪些情况下可以使用固定路线的公交服务或享受辅助客运服务。

如果您需要协助来填写表格，或有任何疑问，敬请联系 **CATS** 办公室。本信件及申请表还有大字印刷版及其他可选的语言及版本。

填写完申请表的第一部分后，请让持证医疗人员或康复专业人士填写申请表的第二部分。**申请表上若有任何一栏留空，则该申请表将予以退回。** 您在本申请表中提供的信息皆为保密。

切勿在本申请表中附上任何医疗档案或信息。您可以在面试时带上医疗信息。

我们收到填妥的申请表后，将在数天内电话联系您，安排现场面试以及功能评估，从而确定您使用 **CATS** 固定路线公交服务的能力。



CATS ADA 资格申请

填妥的申请表将在收到后**21**天内进行处理。届时，您将收到确定您资格状态的书面通知。如果我们需要更多时间来完成评估和确认资格，我们将授予您暂时的资格。

如果我们确定您能够使用 **CATS** 固定路线的公交服务，因此无法享受 **ADA** 辅助客运服务，我们将告知您作出该决定的缘由。您可以就该决定提出书面申诉。在申诉审理期间，您无法享受 **ADA** 服务，除非 **30** 天内未能达成申诉结果。

您的医护人员填妥本申请表的第二部分后，您可在末页点击提交按钮，在线提交本申请表（所有必填项填写完毕后，提交按钮才会生效），亦可通过电子邮件发送，或打印后邮寄。请将申请表寄至以下地址：

**CATS Paratransit - Eligibility
901 North Davidson Street
Charlotte NC 28206**

您可将申请表或疑问发送至：
CATSADAEligibility@ci.charlotte.nc.us



CATS ADA 资格申请

第一部分 (所有申请人均须填写该部分)

申请人信息					
您以前是否进行过资格申请*? (* - 表示必填字段)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		乘客 ID# [仅供内部使用]	
名*:		中间名		姓*	
家庭地址					
街道*:			公寓/房间号		
城市*:		州*:		邮政编码*:	
邮寄地址 (若异于家庭地址)					
街道:					
城市:		州:		邮政编码:	
*电话 (请标记主要电话)		手机:		座机:	
电邮*:					
个人信息					
出生日期*: (月/日/年)				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
第一语言*:		<input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 其他		请注明: _____	
沟通格式:		<input type="checkbox"/> 标准 <input type="checkbox"/> 大字体 <input type="checkbox"/> 其他		请注明: _____	
		<input type="checkbox"/> 盲文 <input type="checkbox"/> 录音带或 MP3			
紧急联系人					
姓名*:			关系:		
手机号:		家庭号码:		工作电话:	



CATS
ADA 资格申请

若本申请表并非由申请人本人填写，则代填人必须填写以下信息：					
姓名：					
地址：	街道：				
	城市：	州：		邮政编码：	
关系：			电话 (白天)：		
机构：					
签名：			日期：		

申请人残疾情况*

1.	什么残疾或健康状况让您无法乘坐固定路线的公交车？	
2.	请解释为何您的残疾状况让您无法独自乘坐固定路线的公交车：	
3.	您描述的残疾状况为：	<input type="checkbox"/> 永久性 <input type="checkbox"/> 暂时性 如果是暂时性的，将持续多久？
4.	您是否患有医学定义上的温度敏感性？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 温度范围：
5.	其他天气情况（风、黄昏/黑暗及/或强光）是否会影响您的残疾情况？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，请解释：
6.	您的视力是否受损？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，请解释：
7.	天气或周遭环境条件是否会影响您的呼吸？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，请解释：
8.	经治疗后，您的残疾程度会有所改变吗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，请解释：



CATS
ADA 资格申请

往返公交车站*

9.	您能否独自找到固定路线的公交车站、目的地、地点及/或过马路?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
		如果选择了“否”，请解释：	
10.	天黑后您能否独自出行?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
		如果选择了“否”，请解释：	
11.	在没有他人帮助的情况下，您能否安全地独自走 400 米 (约 4 个足球场) ?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
		如果选择了“否”，请解释：	
12.	在没有他人帮助的情况下，您能否安全地独自走 60 米?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
		如果选择了“否”，请解释：	
13.	您能否独自走到邻近的公交车站并返回?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
		如果选择了“否”，请解释：	
14.	您能否往返于最近的公共交通车站?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
		如果选择了“否”，请解释：	
15.	您可以等多少分钟到公交车?		
16.	请指出您使用的行动辅助工具:		
	<input type="checkbox"/> 支撑手杖	<input type="checkbox"/> 便携氧气瓶	
	<input type="checkbox"/> 腋拐	<input type="checkbox"/> 经过训练的服务性动物	
	<input type="checkbox"/> 助步器	<input type="checkbox"/> 通讯设备	
	<input type="checkbox"/> 腿部支架	<input type="checkbox"/> 白手杖	
	<input type="checkbox"/> 手推轮椅	<input type="checkbox"/> 无	
	<input type="checkbox"/> 电动轮椅	<input type="checkbox"/> 其他	
	<input type="checkbox"/> 电动摩托	其他描述	

《联邦法规汇编》第 49 篇 B 章 III 节 B 分节 390 部分将普通轮椅定义为：“隶属于任何一类三轮或多轮装置的行动辅助工具，可在室内使用，为有行动障碍的个人设计或改装，并供他们使用，无论其为手动还是电动。”

一般来说，超过 76 厘米宽、122 厘米长或 272 公斤代步工具，在载人情况下，不能保证在所有 CATS 车辆中都可以使用。如果您的代步工具超过以上尺寸，CATS 不保证能够提供辅助客运服务。



CATS
ADA 资格申请

公交车上落*

17.	您能否独自安全地上下三级(3) 30厘米高的阶梯?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
		如果选择了“否”，请解释：	
18.	您能否在无须协助的情况下登上、乘坐和登下方便轮椅上落的公交车?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
		如果选择了“否”，请解释：	
19.	在上落公交车的时候，您能否扶住扶手或栏杆？能否抓住硬币或车票？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
		如果选择了“否”，请解释：	
20.	如果公交车装有电梯或可以降低前门的高度，您能否上落此类车辆？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
		如果选择了“否”，请解释：	
21.	您能否在无须协助的情况下上落公交车？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
		如果选择了“否”，请解释：	
22.	您是否需要陪同人员（私人护理员、导盲人员）或服务性动物一同出行？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
		如果选择“是”，请解释此人员提供的协助类型：	
23.	您是否与10岁下的儿童一同出行？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否



CATS ADA 资格申请

信息透露*

本人为申请人，本人已了解，本申请表之目的为确定我是否有资格享受夏洛特地区客运服务 ADA 辅助客运服务。本人授权填写本申请书**第二部分**的专业人士向夏洛特地区客运系统和任何资格审查小组透露有关本人的残疾或医疗状况的信息，并且，本人已了解，除非法律另有规定，否则本申请表的信息将被保密处理。本人进一步了解到，夏洛特地区客运系统保留酌情要求补充更多信息的权力。若本人的残疾状况的变化会影响到我使用补充性辅助客运服务的能力，我同意将任何变化通知夏洛特地区客运系统。我也了解到这可能会影响我作为乘客的资格。

本人特此证明，本人是申请《美国人残疾法案》补充性辅助客运服务的个人，上述信息均为真实且准确：

申请人姓名 (正楷书写) *:		日期*:	
申请人签名*:			
父母或法定监护人签名 (若申请人无法签名) :			
父母/监护人姓名 (正楷书写) *:			
签名:			
日期:			

感谢您填写本申请表。

我们收到本申请表**21**天内，您将会收到资格认定及认定理由的书面通知。

若被认定不符合资格，或被认定符合有条件的资格，任何人都可在 **60** 天内提出书面申诉的要求。在申诉审理期间，您无法享受 ADA 服务，除非 **30** 天内未能达成申诉结果。无论功能限制是长久性还是暂时性，辅助客运服务均一次性授予三 (3) 年。



CATS ADA 资格申请

****未填妥的申请表将退还给申请人****

第二部分

医疗专业人士验证

本部分必须由熟悉您的残疾或医疗状况和你的功能能力的持证医疗人员或康复专业人士填写。

患者信息	
患者姓名（正楷书写）：	
患者出生日期 (月/日/年)：	
患者地址：	
患者电话：	
(乘客 ID# 仅供内部使用)	

根据《1990 年美国残疾人法案》(ADA)，49 CFR 37.121, F 子部分，申请人在第一部分及本申请表上请您提供关于他/她使用夏洛特地区客运系统 (CATS) 固定路线客运服务的能力信息。CATS 可以为那些因残疾或医疗状况而偶尔或长期无法使用固定路线的公交或铁路系统的人提供 ADA 辅助客运服务。无法使用固定路线的公交或铁路服务，可包括无法往返公交车站/铁路站，无法上落公共汽车/铁路车厢，或无法理解如何乘坐和使用交通系统。您提供的信息将使 CATS 工作人员能够评估该申请，并确定这个人的具体需求。感谢您的协助。

请注意：CATS 固定路线公交车及铁路系统可以为需要斜坡上落公交车/铁路车厢、带升降板的车辆、及/或需要语音播报车站的残疾人员提供服务。申请 ADA 辅助客运服务的人员必须由于下列原因而无法使用这些服务：

- 某些健康状况令其无法往返 CATS 固定路线公交车站，或无法换乘车辆，及/或
- 某些健康状况令其无法上落、乘坐带斜坡板的公交车。

不方便或有困难完成以上任务的人员**不符合**辅助客运服务的**资格**，我们请您确认此事宜。

1. 请完整阅读本申请的第一部分。
2. 请根据提供的标准，填妥本申请表的第二部分。
3. 将本申请表交还给申请人



CATS ADA 资格申请

4. 如果我们对申请人的能力还有疑问，我们可能会联系您咨询更多信息。

如有任何疑问，敬请致电 CATS: (704) 336-5055。

医疗专业人士声明				
我已完整阅读本申请的 第一部分 :	是	<input type="checkbox"/>	否	
我以前见过这名申请人:	是		否	
如果选择了否, 请解释:				
我上次见过或治疗这名申请人的日期是哪一天?				
用浅白的语言描述申请人的残疾状况:				
如果有认知障碍, 他们的认知年龄和智商水平是多少?				
我认为, 申请人可以独立地从他/她的房子走到人行道上:				
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 偶尔 如果选择“否”或“偶尔”, 请解释:				
列出申请人使用的任何行动辅助工具:				
假设使用行动辅助工具(如果有的话), 并且在路上没有重大障碍物, 申请人在没有帮助的情况下能独立走多远? 最多:				
<input type="checkbox"/> < 400 米 <input type="checkbox"/> 400 米 <input type="checkbox"/> 800 米 <input type="checkbox"/> 1200 米 <input type="checkbox"/> > 1200 米				
如果有视力障碍, 请列出其最佳矫正视力				
斯内伦视力表:	右眼:	左眼:		
视野限制:	右眼:	左眼:	测试日期:	
申请人的出行能力是否因医疗、环境条件(炎热、潮湿、寒冷、冰雪)或其他相关因素而改变?				
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 偶尔 如果选择“是”或“偶尔”, 请解释:				
他们的残疾状况为	<input type="checkbox"/> 永久性	<input type="checkbox"/> 暂时性	(个月)	_____



CATS
ADA 资格申请

补充备注:	

请在下面最能代表您对申请人使用公共交通的意见的声明中写上姓名首字母:	
	申请人应能正常地使用固定路线的公交车服务。
	申请人由于多种能力限制而无法使用固定路线的公交车服务。
	如下所示, 申请人能够在某些情况下使用固定路线公交车服务:

<i>我证明我在此提供的信息是对该申请人的医疗损伤或状况的公平陈述, 并且就我所知是准确的。我了解我在此提供的信息将仅用于确定申请人是否有资格获得辅助客运服务。我也同意 CATS 可以与我联系, 要求我澄清我所提供的任何信息, 而且我将做出善意的回答。</i>			
医疗人员全名 (正楷书写)			
公司或机构			
地址			
执照或证书号码:			
电话		传真	
不接受任何其他职业来填写本申请表。专业协会 (请勾选适当的名称) :			
<input type="checkbox"/> 执业医师	<input type="checkbox"/> 持证物理治疗师	<input type="checkbox"/> 持证职业治疗师	
<input type="checkbox"/> 持证社会工作者	<input type="checkbox"/> 持证指引及行动专家	<input type="checkbox"/> 持证心理专家/精神病专家	
<input type="checkbox"/> 持证康复顾问	<input type="checkbox"/> 其他:		
签名:		日期:	