

骑手姓名:

电话号码:

来电箱 10007

塞班岛, MP 96950

电话:670-664-2682

传真:670-664-2692

电子邮件:cnmicallaride@gmail.com

仅限 COTA 使用	
收到者: <i>Received by:</i>	
接收日期:	
	已批准 未批准
日期	
缩写	

联邦运输管理局办公室

## 申请 ADA 辅助客运服务资格

2021 年 1 月



如果您年满 55 岁或以上,并认为自己有残障,或者是美国公民  
 退伍军人

...导致您无法使用常规交通工具,请填写此申请表并返回到上述地址以确定您是否有资格接收

ADA 辅助客运服务

《美国残疾人法案》(ADA) 要求为因残疾而无法使用常规交通工具的残疾人提供类似的公共交通服务。

如果您认为自己有残疾,无法使用常规公共交通,请填写此申请表并将其返回到以下地址以确定您的资格。

完成本申请的所有部分非常重要。您,申请人,有责任填写整个申请表。

- COTA 将审核您的申请并根据需要采取后续行动  
确定您使用辅助公交服务的资格。
- COTA 将在收到您填妥的申请后 15 天内通知您有关您是否有资格使用辅助公交服务。

如果您在提交申请 15 天后仍未收到决定,请致电 (670) 664-2682。如果您的资格被拒绝,您有权对资格决定提出上诉。请联系 COTA 了解上诉流程。

请将填妥的申请表寄回至:

科塔行政办公室

注意:约翰·DLG 先生。德马潘,Jr.

马里亚纳商业广场216室

苏苏佩, 塞班岛, MP 96950

如果您对资格申请流程、ADA 辅助客运服务或其他交通事宜有任何疑问,请致电 (670) 664 - 2682,传真 670-

664-2692,发送电子邮件至[cnmicallaride@gmail.com](mailto:cnmicallaride@gmail.com)或访问我们的网站<http://www.cota.gov.mp>

---



第 2 部分:移动信息

流动性:(请勾选所有适用项)

- 使用手杖             使用沃克             使用拐杖             使用服务性动物
- 需要使用电梯而不是台阶             需要便携式氧气其他\_\_\_\_\_

轮椅: 手动电动多轮滑板车

长度和宽度:\_\_\_\_\_

1. 使用助行器或自己,您可以在水平地面上行走多少个街区(估计 1 个街区 = 500 英尺)?块数:

\_\_\_\_\_

2. 您是否需要个人护理服务员 (PCA) 或护送人员陪同

你旅行的时候?是否

3. 如果您选择“是”,请列出您的 PCA (代理机构或护送人员)的姓名:

姓名: \_\_\_\_\_ 地址: \_\_\_\_\_ 电话:\_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_ 地址: \_\_\_\_\_ 电话:\_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_ 地址: \_\_\_\_\_ 电话:\_\_\_\_\_

4. 您的残疾是否妨碍您往返于您的家和车道上?是否如果是,请解释:(必须完成)

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

5. 您可以在没有帮助的情况下爬三 (3) 个台阶吗?是否 如果否,请解释:

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

6. 您在户外旅行或等待的能力是否受到极热或极冷的影响

天气状况? 是否 如果是,请描述您无法容忍的情况。

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

7. 您是否可以携带轮椅上下 COTA 车辆 否如果否,请解释:

举起?是的

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

8. 您能够在没有帮助的情况下独立行走吗?

是的 否如果否,请解释:

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

9. 您能够请求、理解并遵循指示吗?

是的 否如果否,请解释:

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

为了让 COTA 评估您的申请,有必要联系医疗保健专业人员来验证您提供的信息。

您在下一页上的签名将提供授权。

请列出申请人指定的医疗保健专业人员 (有执照的医生、治疗师、社会工作者或护士,或经过认证或注册的专家)的姓名,COTA 可能会联系他们。

医疗保健专业人员姓名: \_\_\_\_\_

办公室/邮寄地址: \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 状态 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_

我特此证明本申请中提供的信息是正确的。我授权向联邦运输管理局 (COTA) 发布信息和照片。我还授权 COTA 联系完成本节第 3 节的医疗保健专业人员,以向 COTA 发布有关我的残疾的信息。有关我的残疾的信息将仅用于确定我获得辅助客运服务的资格。

打印并签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

如果您不是申请人但代表申请人完成了本申请,您必须提供以下信息:

全名(正楷): \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_

邮寄地址: \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_

和申请者的关系: \_\_\_\_\_

我特此证实,据我所知,上述信息是正确的,并且可以由申请人的医疗保健专业人员进行验证。

签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ (月/日/年)

请在下面提供的框中给出路线并绘制您住所的地图。

如果您年满 55 岁或以上,请在此停止并向 COTA 提交完整的申请

## 对于美国退伍军人

请提供有效的 DD FORM 214 副本以证明退伍军人身份以及其他有效身份证件。

您现在已填写 ADA 辅助客运系统资格表的申请人部分。请将整个申请表交给最熟悉您的能力和残疾的医疗保健专业人员 \_\_\_\_\_

### 第 3 部分:医疗保健 - 专业验证

辅助交通资格验证医疗保健专业人员对申请人的残疾和功能能力

的验证

申请表的这一部分将由熟悉申请人的能力和残疾的医疗保健专业人员填写,因为这些能力和残疾与他们在社区中出行的能力有关。\_\_\_\_\_

所附申请人已向联邦运输管理局 (COTA) 申请 ADA 辅助客运服务。您需要提供有关该申请人残疾的信息,因为这会影响他们使用常规交通工具在社区内活动的的能力。请注意,我们的所有货车均配备升降机,供使用轮椅、踏板车或无法使用台阶的人士使用。

COTA 为无法使用常规交通工具的人们提供辅助交通 (Curb-to-Curb)服务。并非所有残疾人都有资格获得辅助客运服务。

请协助我们的办公室确定 \_\_\_\_\_ 的资格状态。审 \_\_\_\_\_  
查随附的申请表并完成随附的辅助公交资格验证表。如果你有任何

有关 ADA 辅助客运系统资格的问题,请联系 COTA:(670-664-2276) 。

我已审阅随附的申请表,并且我同意/不同意所提供的信息。如果您圈选不同意,请解释原因:

申请人无法使用常规交通工具,因为:

临时:预计持续时间 长期:有改善潜力或长期缓解的 \_\_\_\_\_ (月/日/年)  
情况

永久:状况没有改善的预期。

本人特此证明以上信息均属真实。虚假验证可能会导致申请人被取消资格。

全名(正楷并签名): \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_