

ライダーの名前:

電話番号:

発信者ボックス 10007

Saipan, MP 96950

電話: 670-664-2682

ファックス: 670-664-2692

電子メール: cnmicallaride@gmail.com

COTAのみ使用	
が受信した:by:	
受け取った日:	
	承認 不承認
日付	
イニシャル	

連邦交通局

ADAパラトランジットサービスの資格申請

2021年1月



55 歳以上の場合は、障害がある、または米国の障害があると考えてください。

退役軍人

...通常の交通機関を利用できない場合は、この申請書に記入して上記の住所に返送して、受け取る資格があるかどうかを判断してください。

ADAパラトランジットサービス

アメリカ障害者法 (ADA) は、障害により通常の交通機関を利用できない障害者に対して、同等の公共交通サービスを義務付けています。

障害があるため通常の公共交通機関を利用できないと思われる場合は、資格があるかどうかを判断するため、この申請書に必要事項を記入し、以下の住所まで返送してください。

このアプリケーションのすべての部分を完了することが重要です。申請者であるあなたには、申請フォーム全体に記入する責任があります。

- COTA はあなたの申請を審査し、必要に応じてフォローアップします。
パラトランジットサービスの利用資格を判断します。
- COTA は、完成した申請書を受け取ってから 15 日以内にパラトランジット サービスの資格について通知します。

申請書を提出してから 15 日経過しても決定が届かない場合は、(670) 664-2682 までお電話ください。資格が拒否された場合、資格の決定に対して異議を申し立てる権利があります。異議申し立ての手続きについては COTA にお問い合わせください。

記入済みの申請書を次の宛先に返送してください。

COTA事務局

注意: ジョン DLG 氏。デマパン・ジュニア
スイート 216、マリアナ ビジネス プラザ
ススペ、サイパン、MP 96950

資格申請プロセス、ADA パラトランジット サービス、またはその他の交通に関するご質問がある場合は、電話 (670) 664 - 2682、ファックス 670- までお問い合わせください。

664-2692、 cnmicallaride@gmail.comに電子メールを送信するか、当社の Web サイト<http://www.cota.gov.mp>にアクセスしてください。

連邦交通局局

ADAパラトランジットサービス資格の申請

 初めてのお申込み リニューアル 再申請

セクション 1: 個人情報

チェック1: 氏 夫人 逃す その他_____ (博士/牧師など)

名前: _____

最後

初め

ミドルネームのイニシャル

郵送先住所

住所

市

州

郵便番号

居住地の住所:

村

通り

家/アパート番号

生年月日: _____ (年/月/日)

電話番号: (H): _____ (で): _____ (細胞): _____

電子メールアドレス:

緊急連絡:

名前: _____ 関係: _____ 連絡先番号: _____

1. あなたの障害について説明し、それがどのように障害を引き起こすかを詳しく説明してください

通常の交通機関を利用する場合: _____

2. 私の条件は次のとおりです: 永続的、長期的 一時的 _____ (予想される期間)

3. COTA Van の使用を制限するその他の条件はありますか?

 はい いいえ 「はい」の場合、説明してください: _____

セクション 2: モビリティ情報

モビリティ: (該当するものをすべてチェックしてください)

- 杖を使用する
 ウォーカーを使用
 松葉杖の使用
 介助動物を使用する
 階段の代わりにエレベーターを使用する必要がある
 携帯用酸素が必要その他_____

車椅子: 手動電動多輪スクーター

長さ&幅: _____

1. 移動補助具を使用して、または自分で、平地を何ブロック歩くことができますか (1 ブロック = 500 フィートと推定)。ブロック数: _____

2. パーソナルケアアテンダント (PCA) または付き添いの同伴が必要ですか?
旅行するときは? はい いいえ

3. はいにチェックを入れた場合は、PCA (代理店またはエスコート) の名前をリストしてください。

名前: _____ 住所: _____ 電話: _____

名前: _____ 住所: _____ 電話: _____

名前: _____ 住所: _____ 電話: _____

4. あなたの障害により、家から私道までの往復が困難ですか? はい いいえ はいの場合、説明してください: (必ず記入してください)

5. 補助なしで 3 段の段を登ることができますか? はい いいえ NO の場合は、説明してください:

6. 極端な暑さまたは寒さの影響で、旅行したり屋外で待機したりする能力はありますか
気象条件? はい いいえ 「はい」の場合、許容できない状況について説明してください。

7. 車椅子で COTA 車両に乗り降りできますか? いいえの場合は、次のように説明
リフト?はい してください。

8. あなたは援助なしで自力で歩き回ることができますか?

はい いいえ 「いいえ」の場合は、次のように説明してください。

9. 指示を求め、理解し、従うことができますか?

はい いいえ 「いいえ」の場合は、次のように説明してください。

COTA があなたの申請を評価するには、医療専門家に連絡して、あなたが提供した情報を確認する必要があります。

次のページに署名することで承認が得られます。

COTAから連絡可能な、申請者が指定した医療専門家（資格のある医師、療法士、ソーシャルワーカー、看護師、または認定または登録専門医）の名前を記載してください。

医療専門家の名前: _____

オフィス/郵送先住所: _____

市 _____ 州 _____ 郵便番号 _____ 電話 _____

私は、この申請書で提供された情報が正しいことを証明します。私は、連邦交通局 (COTA) への情報と写真の公開を許可します。また、私は COTA に対し、このセクションのセクション 3 を完了した医療専門家に連絡して、私の障害に関する情報を COTA に開示する権限を与えます。私の障害に関する情報は、パラトランジットサービスの資格を決定するためにのみ使用されます。

印刷して署名: _____ 日付: _____

あなたが申請者ではないが、申請者に代わってこの申請を完了した場合は、次の情報を提供する必要があります。

氏名(活字体): _____ 電話番号: _____

郵送先住所: _____ 市: _____ 州: _____ 郵便番号: _____

申込者との関係: _____

私は、私の知る限り、上記の情報が正しく、申請者の医療専門家によって検証できることをここに証明します。

署名: _____ 日付: _____ (mm/dd/yy)

下のボックスに道順を入力し、あなたの住居までの地図を描いてください。

55 歳以上の場合は、ここで立ち止まり、記入済みの申請書を COTA に提出してください。

米国退役軍人向け

退役軍人の地位を証明する有効な DD FORM 214 のコピーと、別の有効な身分証明書を提出してください。

これで、ADA Paratransit 資格フォームの申請者セクションへの記入が完了しました。この申請書全体をあなたの能力や障害に最も詳しい医療専門家に渡してください。

セクション 3: ヘルスケア – 専門家の検証

パラトランジット資格の検証医療専門家による申請者の障害お

よび機能的能力の検証

申請書のこの部分は、地域内を移動する能力に関連する申請者の能力や障害に精通している医療専門家によって記入されます。

添付の申請者は、連邦運輸局 (COTA) に ADA パラトランジット サービスを申請しました。この申請者の障害は、地域内を移動するために通常の交通機関を利用する能力に影響を与えるため、その障害に関する情報の提供を求められています。当社のすべてのバンには、車椅子やスクーターをご利用の方、または階段を使用できない方のためにリフトが装備されています。

COTA は、通常の交通機関を利用できない人々にパラトランジット (Curb-to-Curb) サービスを提供しました。すべての障害者がパラトランジット サービスを受ける資格があるわけではありません。

_____ の資格状況を判断する際に弊社オフィス _____ を支援してください。同封の申請書を確認し、添付のパラトランジット資格確認フォームに記入することによって。何かあれば

ADA パラトランジットの資格に関するご質問は、COTA (670- 664-2276) までお問い合わせください。

同封の申請書を確認し、提供された情報に同意または同意しません。同意しないを丸で囲んだ場合は、その理由を説明してください。

申請者は次の理由により通常の交通機関を利用することができません。

一時的: 予想される持続期間 長期: 改善の可能性 _____ (年/月/日)
がある状態、または長期間の寛解状態

永続的: 改善の期待できない状態。

私は上記の情報が真実であることをここに証明します。確認に虚偽があった場合、応募者は失格となる場合があります。

氏名 (印刷および署名): _____ 日付: _____