

라이더 이름:

전화 번호:

발신자 상자 10007

Saipan, MP 96950

전화: 670-664-2682

팩스: 670-664-2692

이메일: cnmicallaride@gmail.com

COTA 전용	
수신: Received by:	
받은 날짜:	
	승인 비승인
날짜	
머리 글자	

연방 교통국 사무국

ADA 보조교통 서비스 자격 신청

2021년 1월



55세 이상인 경우 장애가 있다고 생각하거나 미국
퇴역 군인

... 정기 교통수단 이용을 방해하는 경우, 이 신청서를 작성하고 위의 주소로 다시 돌아와서 귀하의 수혜 자격을 확인하십시오.

ADA 보조교통 서비스

미국 장애인법(ADA)은 장애로 인해 일반 교통 수단을 이용할 수 없는 장애인을 위해 유사한 대중 교통 서비스를 요구합니다.

장애로 인해 일반 대중교통을 이용할 수 없다고 생각하시는 경우, 이 신청서를 작성하여 아래 주소로 보내어 귀하의 자격 여부를 확인하십시오.

이 신청서의 모든 부분을 작성하는 것이 중요합니다. 신청자인 귀하는 신청서 전체를 작성할 책임이 있습니다.

- COTA는 필요에 따라 귀하의 신청서와 후속 조치를 검토합니다.
보조교통 서비스에 대한 귀하의 적격성을 결정하십시오.
- COTA는 귀하의 보조교통 서비스 자격 여부에 관해 작성된 신청서를 받은 후 15일 이내에 귀하에게 통보할 것입니다.

신청서를 제출한 지 15일 후에도 결정문을 받지 못한 경우 (670) 664-2682로 전화하십시오. 자격이 거부된 경우, 자격 결정에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다. 항소 절차에 대해서는 COTA에 문의하세요.

작성된 신청서를 다음 주소로 보내주십시오:

COTA 행정 사무소

주의: John DLG 씨. 데마판 주니어
스위트 216, 마리아나 비즈니스 플라자
수수페, 사이판, MP 96950

자격 신청 절차, ADA 보조교통 서비스 또는 기타 교통 문제에 관해 질문이 있는 경우 전화 (670) 664 - 2682, 팩스 670-

664-2692, cnmicallaride@gmail.com 으로 이메일을 보내거나 웹사이트 <http://www.cota.gov.mp> 를 방문하세요.

섹션 2: 이동성 정보

이동성: (해당되는 항목을 모두 선택하세요.)

- 자팡이를 사용한다 워커를 사용합니다 목발을 사용합니다 보조 동물을 사용합니다
- 계단 대신 리프트 이용 필요 휴대용 산소 필요 기타 _____

휠체어: 수동 전동 다륜 스쿠터

길이와 너비: _____

1. 이동 보조 장치를 사용하거나 혼자서 평지에서 몇 블록을 걸을 수 있습니까(추정 1블록 = 500피트)? 블록 수: _____

2. 개인 간병인(PCA)이나 동행인이 동행해야 합니까?
당신은 여행할 때? 예 아니오

3. '예'라고 선택한 경우 PCA(기관 또는 에스코트) 이름을 기재하십시오.

이름: _____ 주소: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 주소: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 주소: _____ 전화번호: _____

4. 귀하의 장애로 인해 집에서 집 진입로까지 오가는 데 방해가 됩니까? 예 아니오 '예' 인 경우 설명해주세요: (필수 작성)

5. 도움 없이 세(3)개의 계단을 오를 수 있습니까?예 아니오 그렇지 않은 경우, 설명해주세요:

6. 극심한 더위나 추위로 인해 여행을 하거나 야외에서 기다리는 능력이 영향을 받습니까?
기상 조건? 예 아니오 '예'인 경우, 견딜 수 없는 상황을 설명해 주세요.

7. 휠체어를 이용해 COTA 차량에 탑승하거나 하차할 수 있습니까? 아니요 아니요 인
승강기? 네 경우 다음을 설명해 주세요.

8. 도움 없이 독립적으로 돌아다닐 수 있습니까?

네 아니요 아니요 인 경우 설명 해주세요:

9. 지시를 요청하고, 이해하고, 따를 수 있습니까?

네 아니요 아니요 인 경우 설명 해주세요:

COTA가 귀하의 신청서를 평가하려면 의료 전문가에게 연락하여 귀하가 제공한 정보를 확인해야 합니다.

다음 페이지에 서명하시면 승인이 이루어집니다.

신청자가 지정한 의료 전문가(면허가 있는 의사, 치료사, 사회복지사, 간호사, 공인 또는 등록 전문가)의 이
름을 기재하십시오. 이들에게 COTA가 연락할 수 있습니다.

의료 전문가 이름: _____

사무실/우편 주소: _____

도시 _____ 상태 _____ 우편번호 _____ 전화 _____

본인은 본 신청서에 기재된 정보가 정확함을 확인합니다. 본인은 연방 교통청(COTA)에 정보와 사진을 공개하는 것을 승인합니
다. 또한 나는 COTA가 이 섹션의 섹션 3을 작성한 의료 전문가에게 연락하여 나의 장애에 관한 정보를 COTA에 공개할 수 있도
록 승인합니다. 나의 장애에 관한 정보는 보조교통 서비스에 대한 나의 적격성을 결정하는 데에만 사용됩니다.

인쇄 및 서명: _____ 날짜: _____

귀하가 신청자가 아니지만 신청자를 대신하여 이 신청서를 작성한 경우 다음 정보를 제공해야 합니다.

성명 (정자체): _____ 전화: _____

우편 주소: _____ 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

신청인과의 관계: _____

본인은 내가 아는 한 위에 제공된 정보가 정확하며 신청자의 의료 전문가가 확인할 수 있음을 확인합니다.

서명: _____ 날짜: _____ (mm/dd/yy)

아래 상자에 귀하의 거주지까지 가는 길을 알려주고 지도를 그려 주십시오.

55세 이상인 경우 여기에서 멈추고 작성된 신청서를 COTA에 제출하세요.

미국 재향 군인을 위한

재향군인 신분 증명을 위해 유효한 DD FORM 214 사본과 다른 유효한 신분증을 제출하세요.

이제 ADA 보조교통 자격 양식의 신청자 섹션을 작성하셨습니다. 귀하의 능력과 장애를 가장 잘 알고 있는 의료 전문가에게 이 신청서 전체를 제출하십시오.

섹션 3: 의료 - 전문가 확인

보조 교통 자격 확인 의료 전문가 신청자의 장애 및 기능적 능력 확

인

신청서의 이 부분은 신청자의 능력과 장애가 지역사회를 여행할 수 있는 능력과 관련되어 있음을 잘 알고 있는 의료 전문가가 작성해야 합니다.

첨부된 신청자는 연방 교통국(COTA)에 ADA 보조교통 서비스를 신청했습니다. 귀하는 이 신청자의 장애에 관한 정보를 제공하도록 요청받고 있습니다. 이는 지역 사회를 이동하기 위해 일반 교통 수단을 이용하는 능력에 영향을 미치기 때문입니다. 당사의 모든 밴에는 휠체어, 스쿠터를 사용하거나 계단을 이용할 수 없는 개인을 위해 리프트가 장착되어 있습니다.

COTA는 일반 교통수단을 이용할 수 없는 사람들에게 보조교통(Curb-to-Curb) 서비스를 제공했습니다. 모든 장애인이 보조교통 서비스를 받을 자격이 있는 것은 아닙니다.

_____의 적격성 상태를 결정하는 데 저희 사무실을 도와주세요. 동봉 _____ 된 신청서를 검토하고 첨부된 보조교통 자격 확인 양식을 작성하세요. 당신이 - 가지고 있다면

ADA 보조교통 자격에 관한 질문이 있는 경우 COTA(670-664-2276).

나는 동봉된 신청서를 검토했으며 제공된 정보에 동의/동의하지 않습니다. 동의하지 않는 경우 동그라미를 친 경우 그 이유를 설명해 주세요.

신청자는 다음과 같은 이유로 일반 교통수단을 이용할 수 없습니다.

일시적: 예상 기간 ~ 장기: 개선 가능성이 있거나 장기 _____ (월/일/년)
간 완화되는 상태

영구적: 개선이 기대되지 않는 상태.

본인은 위의 정보가 사실임을 확인합니다. 허위 사실 확인 시 지원자격이 박탈될 수 있습니다.

성명(정자체 및 서명): _____ 날짜: _____