

A-Ride 소개

A-Ride는 미국 장애인법(ADA)에 따른 무료 보조교통 서비스로, 장애로 인해 Ann Arbor Area Transportation Authority (AAATA)의 고정 노선 버스를 때때로 또는 항상 이용할 수 없는 개인에게 제공됩니다.

고정 노선 버스를 이용하는 데 겪는 어려움이나 불편함이 반드시 A-Ride 무료 보조교통 혜택을 받을 자격이 있는지 여부를 나타내는 지표는 아닙니다. 자격 여부는 신청서, 대면 또는 전화 평가를 통해 결정됩니다.

신청 절차

첨부된 신청서는 장애 정보 및 고정 노선 버스 이용을 방해하는 요소를 파악하기 위해 설계되었습니다.

주변 환경에 대한 평가 및 고정 노선 버스 이용을 위한 생활기능은 이 과정에서 중요한 요소입니다. 의사나 치료사의 소견서처럼 추가적인 전문 정보는 신청서와 함께 제출 시 매우 도움이 되지만, 필수 사항은 아닙니다. 이 신청서에는 필수 의료 확인서가 포함되어 있습니다.

ADA 보조교통 자격 평가 과정은 고정 노선 버스 서비스를 이용할 수 있는 능력을 판단하기 위해 설계되었습니다.

자격 요건 지침

A-Ride 서비스를 이용하기 위해서는 다음 자격 요건을 충족해야 합니다:

1. 장애로 인해 고정 노선 버스 시스템을 독립적으로 이용할 수 없습니다.
2. 장애로 인해 귀하와 귀하가 사용 중인 장비가 고정 버스 노선에 접근 가능할 수 없습니다.
3. 장애로 인해 버스 정류장으로 이동하거나 정류장에서 합리적인 시간 동안 대기할 수 없습니다.

신청서 검토

신청서는 AAATA 자격 심사 담당자가 검토합니다. 불완전한 신청서는 추가 정보를 위해 반환될 수 있습니다. 대면 평가가 필요하다고 판단되면, A-Ride 서비스 지역 내에 있는 경우 사무실까지의 왕복 교통편을 무료로 제공합니다. 대면 평가는 약 30 - 60분 정도 소요됩니다.

주의할 점은 ADA 자격 결정은 의료적 결정이 아닌 교통 결정이라는 것입니다. 자격은 사회보장국의 소견서, 연령, 재정 자원, 운전 불능, 차량 접근성, 편의성 등을 기준으로 하지 않습니다. 장애만으로는 자격이 보장되지 않습니다.

신청 방법

모든 질문, 서명 및 의료 전문가의 연락처 정보가 제공되면 신청서가 완료된 것으로 간주됩니다.

신청자는 신청서의 의료 확인 부분이나 의료 확인서의 어떤 부분도 작성할 수 없습니다.

불완전한 신청서는 반환됩니다.

신청자는 최근에 촬영한 컬러 사진을 제출해야 합니다 (ID 카드용). 다음 중 하나를 선택할 수 있습니다:

- 신청서에 사진을 첨부
- 이메일로 사진 전송: ARide@TheRide.org
- TheRide 본사(주소: 2700 S. Industrial Hwy., Ann Arbor, MI 48104)에서 사진 촬영

신청서 제출 방법:

- 스캔 후 이메일 전송: ARide@TheRide.org
- TheRide 본사에 직접 제출 또는 우편 발송
수신: A-Ride Eligibility
2700 S. Industrial Hwy.
Ann Arbor, MI 48104

참고: 팩스로 제출한 신청서나 Blake 또는 Ypsilanti 대중교통 환승센터에 제출한 신청서는 접수되지 않습니다.

결정

평가가 끝난 후 자격 결정 결과가 설명되며, ADA 자격 결정서에 명시됩니다. 적격자라면 인증 기간 만료 전에 재인증을 받아야 합니다. 인증 만료 약 두 달 전에 재인증 알림서가 발송됩니다.

완료된 신청서를 제출한 후 자격 검토 과정에 최대 21일이 소요될 수 있습니다.

문의

추가 질문이나 도움이 필요하시면 AAATA 자격 심사 담당자에게 문의해 주십시오:

- 전화번호: 734-973-6500
- 이메일: ARide@TheRide.org
- 우편 발송:
수신: A-Ride Eligibility
2700 S. Industrial Hwy.
Ann Arbor, MI 48104

A-Ride 보조교통 서비스에 관심을 가져주셔서 감사합니다. 곧 만나 뵙기를 기대합니다.



A-Ride 신청을 한 적이 있습니까? 아니요 예, A-Ride#:

이름

중간 이름

성

생년월일 (mm/dd/연)

전화번호

이메일 주소

집 주소

도시

주

우편번호

거주 형태: 주택 아파트 - 아파트 이름:

 듀플렉스 콘도미니엄 - 콘도 이름:

 기타 - 설명해 주십시오:

비상 시 연락할 수 있는 지역 거주자:

이름

관계

전화번호

향후 서면 정보가 다른 형식으로 제공되어야 하는 경우, 아래에서 선호하는 형식을 알려 주십시오:

큰 글씨 디스크 이메일:

기타 - 설명해 주십시오:

1. 대중교통 이용 시 이동 보조 장치를 사용하십니까? 해당 사항 모두 선택:

수동 휠체어	전동 스쿠터	보행기	지팡이
전동 휠체어	휴대용 산소	보조기	목발
흰지팡이	서비스 동물	개인 간병인(PCA)	
없음(사용하지 않음)			

2. 이동 보조 장치와 본인의 몸무게를 합친 총 무게가 600파운드(약 272kg)를 초과하십니까?

아니요 예: 파운드 (lbs.)

참고: 휠체어나 기타 이동 장치는 ADA 규정에 명시된 "일반적인 휠체어"의 정의를 충족해야 합니다. 즉, 바닥에서 2인치 높이에서 측정했을 때 너비가 30인치(약 76cm) 이하, 길이가 48인치(약 122cm) 이하이어야 하며, 탑승 시 총 무게가 600파운드(약 272kg) 미만이어야 합니다.

장애로 인해 일반 버스를 이용하는 데 어떤 어려움이 있습니까?

3. 귀하의 장애는 일시적인 것입니까?

아니요 예, 예상 장애 종료일:

4. 지난 1-2년 동안 어떤 교통수단을 이용하셨습니다습니까?

TheRide 버스	A-Ride 보조교통	걷기	자동차
기타 - 설명해 주십시오:			

5. TheRide의 정규 고정 노선 버스를 월 몇 회 이용하셨습니다?

4회 미만

4-8회

8-12회

월 12회 이상 이용

6. 걷거나 휠체어로 몇 블록까지 이동할 수 있습니까?

블록

7. 가장 가까운 버스 정류장은 집에서 몇 블록 거리입니까?

블록

8. 걷거나 휠체어로 가장 가까운 버스 정류장까지 가는 데 얼마나 걸립니까?

0-5분

5-10분

기타:

9. 귀하는

도로와 교차로를 안전하게 건널 수 있습니까?

예

아니요

익숙한 장소/목적지를 인식할 수 있습니까?

예

아니요

필요할 때 도움을 요청할 수 있습니까?

예

아니요

버스 정류장까지 또는 정류장에서 길을 찾을 수 있습니까?

예

아니요

도움이 있는 경우 버스 간 환승을 할 수 있습니까?

예

아니요

도움 없이 버스 간 환승을 할 수 있습니까?

예

아니요

10. 문 앞까지 도움이 필요하십니까?

예

아니요

11. 추가 의견:

12. 현재 TheRide 버스 서비스를 이용하고 있습니까?

예, 목적:

직장

학교

진료

기타 (구체적으로 명시):

아니요, 그 이유는:

시도해 본 적 없음 버스에 오르거나 내리기 어려움

특정 노선 이용 시 어려움 버스 정류장을 인식하는 데 어려움

버스 정류장까지 이동하는 데 어려움

기타 (구체적으로 명시):

13. 집 근처에 버스 정류장이나 노선이 있다면 TheRide를 이용할 수 있습니까?

예, 항상

예, 가끔

아니요

14. 어떤 교육이 TheRide 사용 방법을 배우는 데 도움이 되겠습니까?

버스에 오르거나 내리는 방법

특정 노선 이용

버스 정류장 인식

버스 정류장까지 이동하는 방법

휠체어 리프트, 경사로, 저상 기능

기타 (구체적으로 명시):

15. 개인 간병인(PCA)과 함께 이동해야 합니까?

다음 내용을 주의 깊게 읽고 대답해 주십시오:

- PCA는 귀하와 함께 여행하며 필요한 도움을 제공하는 사람입니다. PCA는 무료로 탑승하며, 귀하와 동일한 장소에서 탑승하고 하차해야 합니다. PCA는 1명으로 제한됩니다.
- TheRide 운전자는 PCA 역할을 할 수 없습니다. 운전자가 다른 고객을 돕는 동안 보조교통 차량에 혼자 남겨질 수 있으며, 누군가 마중을 나오지 않더라도 목적지에 하차하게 됩니다. **혼자 남겨질 수 없는 경우, 반드시 본인의 PCA를 직접 섭외해야 합니다.**

아니요

가끔

예

16. 장애로 인해 일반 버스에 탑승, 승차 또는 하차하는 데 어떤 어려움이 있는지 버스 노선까지 가는 데 어떤 문제가 있는지 가능한 한 상세히 설명해 주십시오:

정보 공개

보조교통 서비스 요청을 평가하기 위해 의료 전문가에게 연락하여 제공하신 정보를 확인할 수 있습니다.

다음의 승인 사항을 읽고 작성해 주십시오:

이 신청서에 기재된 정보가 정확함을 확인합니다. A-Ride 서비스를 받기 위해 허위 정보를 제공하면 무기한 서비스 정지 또는 거부를 포함한 법적 조치가 취해질 수 있음을 이해합니다.

TheRide가 ADA (A-Ride) 보조교통 인증 과정을 완료하기 위해 이 신청서의 파트 B에 기재된 면허를 소지한 의료 전문가에게 연락하여 장애 관련 정보를 얻는 것을 승인합니다.

전문가 이름:

전화번호:

주소:

신청자 서명:

신청자가 아닌 다른 사람이 신청서를 대신 작성한 경우, 다음 정보를 제공해야 합니다:

본인 이름 (정자로 기재/서명):

전화번호:

주소:

신청자와의 관계:

승인 및 확인: 고의로 중요한 사실을 허위로 기재하거나 은폐한 사람은 \$10,000 이하의 벌금 또는 5년 이상의 징역형, 또는 그 두 가지 처벌을 받을 수 있습니다 (18 USC Section 1001, 1982). 법적 처벌을 감수하며 위의 정보가 정확함을 확인합니다.

예 아니요

PART B: MEDICAL VERIFICATION FORM

To be filled out by a Professional Provider

The applicant who has asked you to review the information on the application and sign this form is applying for eligibility for AAATA's paratransit service, A-Ride. Please read the following information carefully since it may affect your response.

What is A-Ride Paratransit?

A-Ride is an alternative origin-to-destination service that "mirrors" TheRide's regular fixed-routes in terms of service times, areas and length of trip.

Who qualifies for A-Ride?

A-Ride is designed to serve only those persons whose severity of disability prevents them from using the regular fixed buses. Under the Americans with Disability Act (ADA), disability alone does not qualify a person to utilize A-Ride. A person must be FUNCTIONALLY unable to use TheRide's regular fixed-route buses. Service is provided to the following three general groups of persons with disabilities:

1. Persons who have specific impairment related conditions which PREVENT use of regular fixed-route system, not just make it difficult to travel to/from the bus stop.
2. Persons who need a wheelchair lift and a wheelchair lift equipped bus is not available. All TheRide's buses have low floor boarding ramps. There are no steps to get on/off TheRide's buses.
3. Persons who are unable to board, ride or exit from regular buses, even if they can get to a bus and the bus is equipped with a wheelchair lift.

//////
I, *(Name of Licensed Medical Professional)*, _____

certify *(Name of Patient)* _____

to be a person with a disability who has been a patient of mine since _____

and whose diagnosis/disability is: _____

Date of Onset: _____ Prognosis: _____

If diagnosis is a seizure disorder or psychiatric disability, is condition currently controlled by medication?

No Yes:

If Yes, does medication prevent patient to travel independently? No Yes

For persons with a visual disability, please provide visual acuity statement:

PART B: MEDICAL VERIFICATION FORM

To be filled out by a Professional Provider

Please indicate the applicant's ability to independently perform the following functions, using the most effective mobility aid:

	Always	Sometimes	With Help	Unable to Perform	Not Sure/ Do Not Know
Travel independently to/from bus stop up to ¼ of a mile (625 steps) with accessible sidewalk/curb cuts					
Wait up to 30 minutes in all types of weather at a bus stop that does not have a shelter					
Identify the correct bus stop to board/ exit bus					
Get on/off a bus with a ramp/lift					
Safely cross streets					
Effectively problem solve or judge safety issues					
Ask for, understand, and carry out instructions to take a trip					
Travel outdoors in adverse weather (heat, cold, ice or snow)					

What affects applicant's ability to travel independently on fixed-route buses?

Name (Print)

Address

Phone

Email

Medical Number

Signature of Licensed Medical Professional