



마스크 면제 요청 및 절차

섹션 I: 연락처

이름:

주소:

전화 1:

전화 2:

이메일:

이 양식을 작성하는 데 필요한 방식이나 다른 어떤 도움이 필요하면 다음 연락처로 문의하십시오:

831-264-5871 • TTY (전신타자기) / TDD (청각 장애인용 통신장치) 831-393-8111 • 711 교환 • customerservice@mst.org

섹션 II: 장애 관련 진술

장애 때문에 마스크를 착용할 수 없습니까? [] 예 [] 아니요

섹션 III: 마스크 면제 절차

마스크 없이 MST 버스를 탈 수 있으려면 먼저 귀하의 장애 상태와 마스크를 착용하면 위험하게 되거나 마스크 착용하는 것이 불가능하다는 등의 기능상 제약을 써놓은, 담당 의사(주치의)나 다른 어떤 면허 있는 의료 서비스 제공자가 발급한 확인서를 MST에 제출해야 합니다.

MST가 귀하의 요청을 승인하면, 귀하는 버스 타타실 때때 MST 버스 운전사나 다른 어떤 MST 담당 직원에게 제공해야 하는 마스크 면제 카드를 발급받게 됩니다.

마스크 면제 카드를 요청하려면 아래 지시를 따르십시오.

1. 이 페이지의 맨윗 부분을 작성하십시오.
2. 담당 의사나 다른 어떤 면허 있는 의료 서비스 제공자에게 이 페이지 뒷면에 있는 마스크 면제 양식을 작성하도록 요청하십시오.
3. 마스크 면제 양식을 전부 작성하고 담당 의사나 다른 어떤 면허 있는 의료 서비스 제공자의 서명이 있어야 귀하의 요청에 대해 심사하게 됩니다.
4. 1, 2, 3 단계가 완료되면 아래 연락처 중 하나로 이 문서의 양면을 MST의 민권 담당관(Civil Rights Officer)에게 제출하여 검토와 승인을 받으십시오.
5. 휴일이 아닌 업무일 기준으로 요청 접수 후 7일 이내에 마스크 면제 카드와 함께 승인 통지를 받게 됩니다.

작성한 마스크 면제 양식의 우송 주소 또는 직접 오셔서 제출하는 주소:

Monterey-Salinas Transit
Attn: Civil Rights Officer / Mask Exemption
19 Upper Ragsdale Dr., Suite 200
Monterey, CA 93940

작성한 마스크 면제 양식의 이메일 발송 주소:

CRO@mst.org

미 교통안전청(TSA) 보안 지침 1582 / 84-21-01 / 미 질병통제예방센터(CDC) 명령 42 미국법(USC) 264(a) 제361조 / 42 미 연방규정(CFR) 70.2, 71.31 (b), 71.32 (b)



888-678-2871 / Free language assistance / Asistencia de Lenguaje Gratuito /
Libreng tulong para sa wika / Hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí / 무료 언어 지원

마스크 면제 요청서

환자의 담당 의사(주치의)나 다른 어떤 면허 있는 의료 전문가가 작성해야 합니다.		
의사 이름:	환자 이름:	
병원/의원 이름:		
병원/의원 주소:		
시:	주:	우편 번호:
전화 번호:	팩스:	이메일:
의사나 다른 어떤 면허 있는 의료 전문가의 평가		
<p>환자의 장애로 다음과 같은 기능적 제약이 초래되어 환자의 마스크 착용이 위험하거나 불가능합니다.</p> <p>연방 규정에서는 환자가 마스크를 착용하면 위험하게 되거나 착용 자체가 불가능한 경우 제한된 의료적 예외를 허용합니다. 이러한 기준을 충족하지 않는 예외는 허용되지 않을 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 마스크를 쓰거나 벗는 방법을 이해하지 못하는 인지 장애 <input type="checkbox"/> 손이나 몸을 수월하게 움직이지 못 하는 장애로 마스크를 쓰거나 벗는 것이 불가능 <input type="checkbox"/> 언어 장애로 마스크를 쓰거나 벗는 데에 대한 도움을 구하는 것이 불가능 <input type="checkbox"/> 이 환자는 휠체어를 작동하기 위해 새로운 출입 통제 장치를 사용해야만 합니다. <input type="checkbox"/> 다른 이유가 있는 경우, 설명해 주십시오. 		
의사의 서명		
	평가일	
<p>의사의 서명과 평가일을 포함하여 이 양식의 양면을 작성하여 이 양식의 다른 면에 있는 지시사항에 따라 제출하도록 확인하십시오.</p> <p><i>이 양식 및 이 요청에 관련된 모든 정보(요청하는 직원의 신원 및/또는 이 양식에서 확인된 신체적 또는 정신적 장애 포함)는 엄격하게 비밀로 유지되어야 합니다.</i></p> <p><i>이 양식은 인사부 및/또는 민권실 소속 직원을 제외한 다른 사람들에게 의해 저장 및 복사되거나, 이들과 공유되거나, 이들에게 배포될 수 없습니다.</i></p>		