대중교통서비스 지구 회원

Carmel-by-the-Sea 시 • Del Rey Oaks 시 • Gonzales 시 • Greenfield 시 • King 시 • Marina 시 • Monterey 시 • Pacific Grove 시 • Salinas 시 • Sand City • Seaside 시 • Soledad 시 • Monterey 카운티

중요 공지 사항 – MST 미국 장애인법(ADA) 보조 대중교통서비스(RIDES) 신청

귀하께서 MST RIDES 프로그램(MST RIDES Program)에 관심을 표명해 주심에 따라, 귀하가 직접 검토할 수 있도록 신청 자료를 제공하고 있습니다. RIDES 프로그램은 장애가 있는 사람들이 장애로 인해 MST 고정 노선 서비스를 이용하지 못할 때 이들에게 특별한 교통 수단을 제공합니다. 이 프로그램은 ADA 보조 대중교통서비스 신청자 인증에 적용되는 연방 교통청(Federal Transit Administration, FTA) 규칙을 엄격히 준수합니다. *www.mstmobility.org/ada-paratransit- rides.htm* 에서 RIDES 비디오 및 온라인으로 작성될 수 있는 서식을 포함하여 더 많은 정보를 얻을 수 있습니다.

또한 MST 는 RIDES 프로그램의 기준을 충족시키지 못하지만 고정 노선 서비스에 대해 여전히 할인 요금 서비스를 받을 수 있는 노인 및 장애인용 우대 카드 프로그램을 운영합니다. 신청서는 MST 사무실이나 *www.mst.org/wp-content/media/courtesy.pdf* 에서 온라인으로 얻을 수 있습니다. 어떤 프로그램을 신청해야 할지 확실하지 않은 경우, 어느 것이든 MST 로(831) 241-9028 번으로 연락해서 더 자세한 정보를 얻기 바랍니다.

이것은 택시 바우처 신청이 아닙니다. 택시 바우처 프로그램은 RIDES 또는 우대 카드 프로그램에 포함되어 있지 않습니다.

다음은 MST RIDES 프로그램 신청 자료를 제출하기 위한 점검표입니다.

√ 동봉된 양면 서식의 *연락처 정보* 페이지를 작성하고, 서명해서 날짜를 기재하십시오. 귀하가 신청자를 대신하여 이 서식을 작성하는 경우, MST RIDES 프로그램을 신청하고 등록할 때 신청자를 위해 대리할 권한이 있음을 기술하는 문서 사본을 첨부하십시오.

√ 귀하의 의료 서비스 제공자는 귀하의 장애 관련 제한을 확인하기 위해 동봉 서식의 전문가 확인서 페이지를 작성해야 합니다. 이 사람은 캘리포니아 주에서 면허를 받은 의료 전문가이어야 하고 귀하의 능력과 한계를 정확하게 평가하는 데 필요한 교육과 전문지식을 갖추고 있어야 합니다. 우리는 진단이나 의료 정보가 필요하지 않으며 오히려 휠체어로 접근할 수 있는 MST 버스에 승차해서 타고 갈 수 있는 귀하의 능력 또는 무능력, 그리고 MST 버스 시스템을 자유롭게 이용할 수 있는 귀하의 능력에 대한 정보만을 필요로 합니다.

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

__√__ 청색 또는 흑색 펜으로 작성되고 서명된 후 날짜가 기재된 양면 서식을 201 Pearl Street, Monterey, CA 93940-3015 를 주소로 하여 MST RIDES Program 으로 반환하시기 바랍니다. 불비한 서식은 신청자에게 반환되며, 이로 인해 RIDES 프로그램의 적격성 결정이 지연됩니다.

귀하는 면담을 하기 전에 사진이 있는 신분증을 제시해야 합니다.

연락처 정보와 전문가 확인서를 모두 수령하고 완전성 검토가 끝나면, MST 직원이 직접 면담 일정을 잡기 위해 귀하에게 연락을 취합니다. 면담이 끝나면, 귀하는 또한 단거리 보행과 버스 승차에 관련된 기능 평가를 마치도록 요청받을 수 있습니다. 면담일에 기상 조건에 맞게 옷을 입으시고 평가 시에 이용하고 싶은 이동 보조 장치를 가져오십시오. 귀하가 원한다면 면담과 평가 과정에서 귀하를 도울 수 있는 타인도 동반할 수 있습니다.

MST RIDES 는 버스 승차자를 돌봐줄 승무원을 제공하지 않습니다. 운행 중 도움을 주는 개인 간병 수행원(Personal Care Attendant, PCA)이 필요하면 면담 및 평가 과정에서 PCA 와 동행하십시오. 또한, 귀하가 승인을 받으면 RIDES 사진 신분증 발급을 위해 면담 중에 귀하와 귀하가 제안한 PCA 사진을 찍습니다. 인증된 RIDES 고객을 지원할 때 PCA 는 무료로 승차할 수 있습니다.

MST 는 요청 시 면담 장소에 오고 가는 데 필요한 무료 교통편을 제공합니다. MST RIDES 프로그램 신청 절차에 대해 추가 질문이 있으시면 (831) 241-9028 로 연락을 주십시오.

감사합니다.

이동성 프로그램 조정관
Cristy Sugabo 드림

Monterey-Salinas Transit ADA Paratransit

연락처 정보 서식

모든 응답 (서명 제외)을 정자체로 작성하거나 타이핑하십시오. 응답은 알아볼 수 있게 청색 또는 적색 펜으로 정자체로 작성해야 합니다.

이 연락처 정보는 귀하가 ADA 보조 대중교통서비스(ADA Paratransit Services)를 신청하기로 결정할 경우 다른 대중교통공사 직원 및 의료 전문가와 공유될 수 있습니다. 해당 정보는 다른 용도로는 사용되지 않습니다. 서식의 모든 항목을 작성해야 합니다.

요청된 아래의 연락처 정보를 제공하시기 바랍니다.

성명:		
거주지 주소 :		아파트 번호:
도시:	주:	우편 번호:
우편 주소 (다른 경우):		아파트 번호:
도시:	주:	우편 번호:
생년월일: / /	← 예: 01/01/2011	성별: 남성 ☐ 여성 ☐
연락 전화번호: ( )	휴대폰: ( )	
이메일 주소:		
선호 언어 (면담용):		
응급 상황 발생시 전화를 받을 수 있는 사람을 나열하십시오 (또는 이름 옆에 *"아무도 없음"이라고 정자체로 기재하십시오*):		
이름:	전화:	

MST 가 귀하의 의료서비스 제공자로부터 *연락처 정보*와 *전문가 확인서*를 모두 받으면, 직접 면담 일정을 잡기 위해 귀하에게 연락을 취합니다. 면담 장소까지/에서 교통편이 필요한 경우, MST 는 귀하에게 해당 교통편을 무료로 제공합니다.

귀하가 신청자이고 다른 사람을 대신하여 이 신청서를 제출하지 않는 경우 아래에 직접 서명하십시오.

서명: _____ 날짜: ____/____/_____

☐	**귀하가 다른 사람을 대신하여 이 신청서를 제출하는 경우, 왼쪽 칸에 체크(✓) 표시를 하고 필요한 정보를 제공한 후 아래에 직접 서명하십시오.**
이름:	전화:
이메일 주소:	

귀하가 신청자를 위해 대리 행위를 할 수 있는 법적 권한이 있음을 보여주는 증거서류를 제공해야 합니다. 이 서식에 증거서류의 사본을 첨부하십시오.

서명: _____ 날짜: ____/____/_____

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

201 Pearl Street, Monterey, California 93940 에 있는 MST ADA Paratransit Service 로 원본을 우편으로 보내십시오.

Monterey-Salinas Transit ADA Paratransit

Professional Verification Form

(to be completed by a California licensed health care provider with the qualifications and training to properly evaluate the applicants abilities and limitations with regard to accessing public transportation)

PLEASE PRINT OR TYPE ALL RESPONSES (EXCEPT SIGNATURE).
RESPONSES MUST BE LEGIBLE AND WRITTEN IN BLUE OR BLACK INK.

CALIFORNIA LICENSED HEALTH CARE PROFESSIONAL

(To be completed by MD, DO, DC, PhD, LCSW, LMFT, RN, etc.)

Professional Named on License	Print License Type	Print License #	Expiration Date
			/ /

Office Telephone:	Office Fax:
How long has the applicant been in your care?	Years_____Months _____

PLEASE RESPOND TO THE QUESTIONS BELOW REGARDING THE APPLICANT'S LIMITATIONS

Applicants Full Name:

☐ Applicant can only stand for minutes at a time before he/she needs to sit._____Minutes

☐ Applicant can only walk for minutes before he/she needs to rest._____Minutes

☐ Applicant can only walk up a street grade less than %._____%

☐ Applicant can only walk down a street grade less than %._____%

☐ Applicant is undergoing treatment (dialysis, chemotherapy, etc.) which results in a need for travel assistance following those treatments. *Please check box if applicable but do not provide diagnosis or medical information.*

☐ Applicant will require the assistance of a personal care attendant and/or requires a mobility device to ride the bus. Please specify which and under what conditions.

☐ Applicant's physical or cognitive impairment keeps him/her from navigating city streets and roads by use of signs, maps or written/oral directions. Please specify which and under what conditions.

Is the applicant's limitation(s) ☐ Permanent ☐ Temporary (lasting_____months)?

Your signature below certifies that this form has been completed or reviewed fully by you, that the above information is accurate and current, and that you understand that false or misleading information provided for the purpose of qualifying your patient for publically subsidized services violates State and Federal law.

This form must be signed by the California licensed professional named above. Please sign below and return to MST. Signature stamps are prohibited. Copies and faxed forms will not be accepted.

Provider Signature: _____ Date _____/____/___

Mail Original Document to MST ADA Paratransit Service at 201 Pearl Street, Monterey, California 93940