MST RIDES 프로그램

ADA 보조 교통수단(Paratransit) 신청서

귀하께서 MST RIDES 프로그램에 관심을 표현해주셨으므로 귀하께서 검토할 수 있는 신청서를 제공해 드립니다. 해당 RIDES 프로그램에서는 MST 고정 교통수단 서비스를 이용하지 못하는 장애인을 위한 특수 교통수단을 제공합니다. 해당 프로그램은 ADA 보조 교통수단 서비스 신청자 인증에 관한 연방 교통국(FTA) 규정을 엄격하게 준수합니다.

MST 는 또한 MST RIDES 프로그램의 기준을 충족하지 않지만 할인된 요금으로 고정 노선 서비스를 계속 이용할 수 있는 노인 및 장애인을 위한 무료 카드 프로그램(Courtesy Card Program)을 유지합니다. MST 는 노인, 장애인 및 재향 군인을 위한 택시 쿠폰도 제공합니다. 본 신청서는 무료 카드 프로그램이나 택시 쿠폰에 대한 신청서가 아닙니다. 어떤 프로그램에 신청해야 할지 확실하지 않은 경우 1-888-678-2871 번으로 MST 고객 서비스 센터에 문의하셔서 추가 정보를 확인하시기 바랍니다.

다음은 MST RIDES 프로그램 신청을 위한 체크 리스트입니다.

√___ 본인이 신청자인 경우 *연락처 정보* 양식의 섹션 I 을 작성하십시오. 신청자를 대신하여 양식을 작성하여 제출하는 경우 섹션 II 의 지침을 따르십시오.

√___ 귀하의 담당 의료진이 *전문가 검증(Professional Verification)* 양식을 작성하여 귀하의 장애 관련 제한에 대해 검증해야 합니다. 해당 의료진은 캘리포니아주에서 면허를 취득한 전문 의료인이어야 하며 귀하의 능력과 한계를 정확하게 평가하는 데 필요한 교육을 이수하고 전문 지식을 갖추고 있어야 합니다. 진단명이나 의료 정보는 필요하지 않으며, 휠체어 이용 가능한 가능 MST 버스 탑승 가능 여부 및 MST 버스 시스템 이용 가능 여부에 관한 정보만 필요합니다.

√___ 양식은 파란색 또는 검은색 잉크로 작성하고 날짜를 적은 원본 신청서를 MST RIDES 프로그램(주소: 15 Lincoln Ave, Salinas, CA 93901)로 발송하십시오. 작성이 완료되지 않은 양식은 신청자에게 반환되며 프로그램 자격 결정이 지연됩니다.

1-888-678-2871 / Free language assistance / Asistencia de Lenguaje Gratuito / Libreng tulong para sa wika / Hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí / 무료 언어 지원

15 Lincoln Ave • Salinas, CA 93901• 전화번호: 1-888-678.2871• 이메일: mobility@mst.org

연락처 정보 및 *전문가 검증* 양식이 접수되고, 양식 작성이 모두 완료되었는지 검토한 후 MST 직원이 귀하께 연락하여 면담 일정을 예약합니다. 모든 면담은 Mobility Services Center, 15 Lincoln Ave, Salinas, CA 93901 에서 진행됩니다. 요청하는 경우 MST 가 면담 장소로 오가는 무료 교통편을 제공합니다.

면담일에는 당일 날씨에 알맞은 옷차림을 하시기 바랍니다. 면담일에 단거리 보행을 포함한 기능 평가를 수행할 수도 있습니다. 사진이 부착된 신분증 및 대중교통 이용 시 필요한 이동기기를 지참하시기 바랍니다. 면담 및 평가 과정을 도와줄 다른 분을 대동할 수 있습니다.

MST RIDES 프로그램 신청 절차에 대한 추가 질문이 있는 경우 831-264-5869 번으로 문의하여 이동 전문가(Mobility Specialist)와 상담하시기 바랍니다.

감사합니다.
MST RIDES Eligibility Office

MST RIDES 프로그램 ADA 보조 교통수단 신청서

연락처 정보 양식

(다음의 신청자 연락처 정보를 정자로 작성하거나 입력하십시오)

섹션 1: 신청자 연락처 정보

성명:		
거주지 주소:		Apt 번호:
시:	주:	우편번호:
우편 주소(상이할 경우):		Apt 번호:
시:	주:	우편번호:
생년월일: / /	← 예시: 01/01/1960	성별: 남 ☐ 여 ☐
전화번호: ( )		휴대전화: ( )
이메일 주소:		
면담 시 선호하는 언어: ☐ 영어 ☐ 스페인어 ☐ 기타:		
긴급 연락처 성명(또는 "없음"이라고 기재):		
관계:	연락처 번호: ( )	

신청자 서명: ____ 날짜: ____ / ____ / _______

섹션 2: 신청자 대리인 정보

- 18 세 미만의 신청자를 대신하여 이 양식을 작성하는 경우 아래 섹션을 작성하십시오.
- 또는 18 세 이상의 신청자를 대신하여 이 양식을 작성하는 경우 아래 섹션을 작성하고 MST RIDES 프로그램에 신청 및 등록할 때 신청자를 대신할 법적 권한이 있음을 나타내는 문서 사본을 첨부하십시오. 위 경우에 해당하지 않는다면 신청자가 서명 및 날짜를 기재해야 합니다.

대리인 성명:	
관계:	연락처 번호: ( )

원본 서류를 MST ADA Paratransit Service at
15 Lincoln Ave. 에 우편으로 보내십시오. Salinas, CA 93901

MST RIDES 프로그램 ADA 보조 교통수단 신청서

대리인 서명: ____ 날짜:____ /____ /_______

1-888-678-2871 / Free language assistance / Asistencia de Lenguaje Gratuito / Libreng tulong para sa wika / Hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí / 무료 언어 지원

원본 서류를 MST ADA Paratransit Service at

15 Lincoln Ave. 에 우편으로 보내십시오. Salinas, CA 93901

MST RIDES Program ADA Paratransit Application

Professional Verification Form

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

PLEASE LEGIBLY WRITE OR TYPE ALL RESPONSES (EXCEPT SIGNATURE)

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 REGARDING THE APPLICANT'S LIMITATIONS

Applicant's Full Name:

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

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

☐ 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.

Provider Signature: ____Date___/_____/_____

Mail Completed Application to MST ADA Paratransit Service at 15 Lincoln Ave. Salinas, CA 93901