

# East Bay Paratransit

1750 Broadway  
Oakland, CA 94612

## East Bay Paratransit 乘客信息更新表

姓名 _____	
姓氏 _____	名字 _____ 中间名 _____
手机 (____) _____	备用电话 (____) _____
电子邮件 _____	出生日期 ____/____/____
性别: 男____ 女____	
家庭住址 _____	
_____	门牌号 _____ 街道 _____ 楼号 # _____
城市 _____	邮政编码 _____
邮寄地址 (如果与上述地址不同) -C/O (留心转交) _____	
_____	
_____	门牌号 _____ 街道 _____ 或 _____ 邮政信箱 _____
城市 _____	州 _____ 邮政编码 _____
紧急情况联系人	
姓名 _____ 关系 _____	
手机 (____) _____ 备用手机(____) _____	
电子邮件地址 _____	
列出导致您无法使用 AC Transit 和/或 BART 的 伤残性健康状况:	自您上次获得 East Bay Paratransit 认证后, 您的健 康状况有何变化? 改善、恶化、还是并无明显变 化? 是或否
1. _____	
2. _____	
3. _____	
关于您的伤残性健康状况您还有其他需要补充吗?	
_____	
_____	

电话 (510) 287-5000 或传真: (510) 287-5069

[www.eastbayparatransit.org](http://www.eastbayparatransit.org)

5-ShortFormApp-Nov2013

请使用附件附上任何您想要补充的信息。

请从下列辅助设备中勾选您当前使用的设备。

- |                                     |                                |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 人力轮椅       | <input type="checkbox"/> 拐杖    | <input type="checkbox"/> 手杖          |
| <input type="checkbox"/> 电动轮椅       | <input type="checkbox"/> 护腿    | <input type="checkbox"/> 通信设备        |
| <input type="checkbox"/> 电动踏板车      | <input type="checkbox"/> 盲人手杖  | <input type="checkbox"/> 动物辅助        |
| <input type="checkbox"/> 助行器        | <input type="checkbox"/> 便携氧气罐 | <input type="checkbox"/> 其它辅助设备_____ |
| <input type="checkbox"/> 赛格威（电动代步车） |                                |                                      |

个人护理陪同者是为您的日常起居（衣、食等）提供帮助的人。陪同者不必始终是同一人。您是否随个人护理陪同者一起出行？ \_\_\_\_ 是 \_\_\_\_ 否 \_\_\_\_ 有时

您是否享受 Medi-Cal 计划？  是  否

如果是，请提供您的 Medi-Cal 编号： \_\_\_\_\_

我**确认**提供的信息真实无误。我了解，故意捏造虚假信息将导致服务需求遭拒。我了解，所有信息都将获得保密，并且只有关乎我的请求服务的信息才会披露给服务执行人员或机构。

此外，我也了解必要时 **East Bay Paratransit** 将：

- 在有问题时联系我；
- 与熟悉我使用 **AC Transit** 或 **BART**技能的专业人士联系；
- 要求我去办公室进行现场面谈。

申请者签名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

用正楷填写姓名 \_\_\_\_\_

关系（若非申请者本人签名时） \_\_\_\_\_

是否有人帮助您填写此表？  是  否

我们能否与此人联系以获取其它信息？  是  否

如果帮助您填写此表的人未在上面签名，请提供以下信息：

姓名 \_\_\_\_\_ 电话号码 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

关系 \_\_\_\_\_

# 計畫加入申請表

## 路路通易通卡 (Clipper Access Card)



路路通易通卡僅為符合資格的殘障人士提供**固定線路交通服務**的優惠票價，

例如三藩市灣區的列車、渡輪或公車。**此折扣卡不適用於輔助客運服務**

**(paratransit services)**。如已獲批准使用美國殘障人士法案 (ADA) 輔助客運

服務，您將有資格獲得路路通易通卡。路路通易通卡適用於 65 歲以下符合資格

的乘客，若您的殘障問題需要看護人陪護，在這種情況下，允許 65 歲以上的乘客繼續使用路路通易通卡。

您可以在申請 ADA 輔助客運服務時選填此表格，也可以選擇在其後透過 [511.org](http://511.org) 的 Clipper Access 網頁上的路路通易通基本資格申請表申請路路通易通卡。路路通易通卡還需將乘客的照片印在卡上。如果提交申請表時未提供照片，路路通易通工作人員將聯絡您索取照片。

### 申請人資訊

全名 (必填) : \_\_\_\_\_

出生日期 (月月 / 日日 / 年年年年) (必填) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

地址 : \_\_\_\_\_ 公寓單元號碼 : \_\_\_\_\_

城市 : \_\_\_\_\_ 州別 : \_\_\_\_\_ 郵遞區號 : \_\_\_\_\_

電子郵件地址 : \_\_\_\_\_

首選通訊方式 (必填) : 美國郵政  盲文 (郵寄)  電子郵件

首選書面語言 : 英文  西班牙文  他加祿語  中文  其他 : \_\_\_\_\_

首選電話號碼 : 住家  手機  \_\_\_\_\_ 其他 : \_\_\_\_\_

我希望將卡寄至 (必填) : 我上面填寫的地址  公共交通機構，以便我前往領取   
(公共交通機構的名稱) \_\_\_\_\_

需要看護人副卡嗎? : 需要  不需要

確定您已符合 ADA 輔助客運資格的公共交通機構名稱 : \_\_\_\_\_

本人證明此申請表所填的資料真實無誤。本人了解，若存在欺詐或陳述失實的情況，我將被取消享受路路通易通計畫福利的資格。此外，如因申請流程需要，本人同意按**要求**提供附加材料和/或允許路路通易通聯絡上述機構。本人了解，申請加入路路通易通計畫即表示我同意 Clipper 路路通卡持卡人協議和 Clipper 路路通卡隱私權原則。這些資訊可在 [511.org](http://511.org) 的 Clipper Access 網頁上，以及 [ClipperCard.com](http://ClipperCard.com) 上獲得；如果您的申請獲得批准，這些資訊也會隨您的卡一起提供。如果提供了看護人副卡，我保證只有當我在看護人的陪同下出行並且使用我的路路通易通卡支付車費時，我才會允許看護人使用副卡。本人了解，濫用看護人副卡及相關福利將使我永久喪失看護人副卡的使用權。此外，本人了解未經授權使用副卡可構成逃票，將導致看護人被開罰單和罰款。

簽名 (必填) : \_\_\_\_\_ 日期 : \_\_\_\_\_