



OmniTrans ADA 장애인 교통 서비스 적격성에 대해 문의해 주셔서 감사합니다. Access는 장애가 있거나 장애를 초래하는 건강 문제가 있어, 접근성 높은 OmniTrans 일반 고정 노선 버스 시스템을 항상 또는 일시적으로 또는 특정 상황하에서 이용할 수 없는 개인을 위한 것입니다.

OmniTrans ADA 장애인 교통 신청서와 Access 적격성 절차 완료에 대한 정보를 동봉했습니다. 이 신청서나 추가 정보의 대체 형식이 필요하시면 (909) 379-7284번이나 OmniADA@omnitrans.org로 문의해 주십시오.

적격성 절차 단계:

1. 다음 페이지의 장애인 교통 신청서를 작성해 주십시오. 신청서를 작성하는 데 도움이 필요하시면 저희가 도와 드릴 수 있습니다.
2. 귀하의 장애와 기능 능력을 잘 알고 있으며 자격을 갖춘 보건 의료 전문가에게 첨부된 전문가 확인서를 작성하게 하십시오.
3. 모든 서류 작업이 끝났으면, 전화번호 (909) 379-7284번으로 적격성 담당 직원에게 전화하여 적격성 대면 검토와 기능 교통 평가를 위해 약속 시간을 정하십시오. 신청서를 우편 또는 팩스로 보내지 마십시오. 작성이 완료된 원본을 약속 시간에 직접 가져 오십시오.
4. 적격성 및 이동성 기관에서 필요하다고 판단되는 대면 검토와 기능 평가에 대한 오리엔테이션을 마치십시오. 기관 위치 안내와 적격성 검토에 대한 정보는 본 자료집에 있습니다. 적격성 기관에 오고 가기 위한 교통 수단은 OmniTrans ADA 서비스 지역 내의 장소에서 무료로 제공됩니다.
5. 신청서 작성 완료일로부터 21일 내에 서면으로 적격성 판정을 받을 수 있으며, 여기에는 대면 인터뷰와 기능 평가, 추가 정보 검토가 포함됩니다. 신청서 작성과 대면 검토 절차를 완료한 이후 21일 내에 서면으로 적격성 판정을 받지 못하는 경우, 귀하의 적격성에 대한 판정을 받을 때까지 Access 교통을 이용할 수 있는 자격이 주어집니다.

ACCESS에 대하여:

1990년도 미국 장애인 법(The Americans with Disabilities Act of 1990, ADA)은 장애를 지닌 개인에 대한 차별을 금지하는 시민권 법안입니다. ADA에 따르면 고정 노선 공공 버스 시스템을 운영하는 대중 버스 시스템은 고정 노선 버스 시스템을 이용할 수 없는 장애인에게 유사한 장애인 교통 시스템을 반드시 제공해야 합니다. 이는 장애로 인해 일반 공공 버스 시스템을 독립적으로 이용할 수 없는 개인이 성인 승객의 비할인 일반 버스 요금의 두 배를 넘지 않는 요금으로 버스 이동과 동일한 날에, 동일한 시간대 동안, 동일한 일반 지역 내에서 이동할 수 있어야 한다는 의미입니다. Omnitrans Access 서비스는 이러한 요구 사항을 맞추기 위해 만들어졌습니다.

Omnitrans의 Access 장애인 교통 서비스는 사전 예약제 합승 대중교통 서비스입니다. 하지만 Access는 포장 도로가 있는 곳이라면 출발지에서 도착지까지 어디든 갈 수 있는 서비스로 만들어졌습니다. 장애와 관련된 조건 때문에 출발지에서 도착지에 도달할 때까지 도움이 많이 필요한 승객은 Omnitrans에 연락하셔서 수송에 어떤 도움이 제공될 수 있는지를 알아보셔야 합니다. Access 서비스 지역은 기존의 일반 Omnitrans 버스 노선의 양측으로 ¾ 마일 이내입니다.

Omnitrans Access ADA 장애인 교통 서비스를 이용하려면 반드시 적격성을 인증 받아야 합니다. 적격성은 개별 사례별로 판정됩니다. ADA 규정에서는 특정한 제한으로 인해 장애인 이용 가능 대중교통 버스 시스템을 이용하지 못하는 자로 자격을 엄격하게 제한하고 있습니다. Omnitrans의 모든 공공 버스들은 장애인이 이용할 수 있도록 설계되어 있습니다.

적격성의 중요한 세 가지 요인은 다음과 같습니다:

1. 개인이 독립적으로 가장 가까운 버스 정류장에 오고 갈 수 있는 능력.
2. 개인이 독립적으로 버스를 승하차할 수 있는 능력.
3. 개인이 독립적으로 일반 버스 시스템을 이용할 수 있는 인지 능력.

다음 문제들은 그 자체로는 적격성 판정에 이용되지 않는 요인입니다:

1. 연령
2. 버스 정류장까지의 거리
3. 버스 서비스 미제공 지역
4. 버스 내의 혼잡
5. 영어 구사 불가
6. 기상 조건

귀하의 ADA 신청서는 완전 적격자로서(무조건적) 또는 특정 조건하에서 제한적으로(조건적) 또는 일시적인 기간 동안에(일시적) 승인을 받을 수 있습니다. 각종 이동 시에 다른 사람의 도움 없이 일반 버스 시스템을 이용할 수 있는 능력이 귀하에게 있는 것으로 판정되면 귀하는 Access 서비스를 이용할 자격이 없습니다.

귀하에게 ADA 장애인 교통 서비스의 이용 자격이 없는 것으로 판정되거나 귀하의 적격 유형이 불만스러운 경우에는 귀하가 거절/승인 서한을 받은 뒤 60일 이내에 Omnitrans에 서면 요청을 제출하여 판정에 이의를 신청할 수 있습니다. 귀하는 1차 이의 신청 또는 2차 이의 신청을 요청할 수 있습니다. 1차 이의 신청은 이의 신청 전문가가 처리하며, 문서 기록과 귀하가 판정에 관련된다고 생각하여 제공한 새로운 정보를 모두 검토합니다. 이의 신청 전문가는 적격성 부서와는 독립되어 있습니다.

2차 이의 신청은 귀하가 이의 신청 검토 위원회 앞에 출두하여 귀하의 적격성을 판정할 때 반드시 고려되어야 한다고 생각하는 정보를 제시하는 형식입니다. 위원회는 적격성 문서 기록을 검토하고 귀하가 위원회에 제시한 정보를 심리합니다. 2차 위원회의 판정이 최종 판정입니다. 이의 신청에 대한 구체적인 정보는 거절 서한에 포함되어 있습니다.

이의 신청 절차는 30일을 초과해서는 안 됩니다. 귀하의 상태가 악화되면 다시 신청서를 제출할 수 있습니다.

보건 의료 전문가 서식을 포함하여 신청서를 빠짐없이 작성하는 것이 중요합니다. 이러한 필수 서식을 모두 작성하지 않으면 약속 시간을 잡을 수 없습니다. 대면 약속에 가져온 서식이 미비한 경우에는 약속이 취소될 수 있습니다.

적격성 검토에 무엇을 갖고 가야 하나요?

- 사진이 있는 신분증.
- 현재 복용 중인 약물 목록.
- 작성 완료된 신청서와 보건 의료 전문가 확인서. 신청서를 우편 또는 팩스로 보내지 마십시오.
- 귀하가 집 밖에서 이동할 때 사용하는 이동 보조 기구.
- 시각 장애가 있다면 의사에게 시력 소견서를 받아서 가지고 오십시오.
- 보건 의료 전문가 확인서 서식을 가져오지 않으면 적격성 신청서가 미비하여 절차가 지연됩니다. 제공된 모든 정보는 보호되며 비밀이 유지될 것입니다.
- 3페이지 맨 아래에 있는 정보 공개 허가서에 서명하는 것을 잊지 마십시오. 여기에는 귀하가 서명해야 합니다. 해당 서식에 보건 의료 전문가의 서명을 받지 마십시오.
- 검토에 두 시간까지 소요될 수 있으며 이동 시간도 포함되므로, 평가 기관에 갈 때는 간식, 책, 약, 충분한 산소 등을 가져와야 합니다.

적격성 검토에서는 무엇을 하게 되나요?

- 적격성 전문가가 귀하와 한자리에 앉아 신청서를 검토하고 버스 시스템 이용 능력에 대하여 추가적으로 질문합니다.
- 귀하의 기능 능력을 더 자세히 평가할 수 있도록 지역 사회 내에서의 기능 평가에 참여하도록 요청 받을 수 있습니다. 옥외에서 평가를 실시할 수 있으므로, 신발 및/또는 모자를 포함하여 당일 날씨에 적합한 복장을 착용하고 오십시오. 안전상의 이유로 Access 서비스는 기능 평가를 받을 때 어린이를 데려 오는 것은 권장하지 않습니다.
- 귀하가 Access 서비스 이용 자격이 있는 것으로 판정되면 신분증에 사용하게 될 사진을 찍습니다.

- 적격성 검토에 귀하가 선택한 사람을 데려올 수 있습니다. 어린이와 함께 오는 경우에는 귀하가 검토에 참여하는 동안 어린이를 감독할 사람을 데리고 오십시오.



신청서

귀하에게 미국 장애인 법(Americans with Disabilities Act, ADA)에서 정의한 신체 장애나 기능 장애가 있어 장애인 이용 가능 OmniTrans 고정 노선 버스의 이용이 제한된다면 귀하는 Access 서비스 이용 자격이 있을 수 있습니다. OmniTrans는 귀하의 적격성을 판정하기 위해, 이러한 인증 절차에서 획득한 정보를 이용합니다. 기타 지역에서 귀하가 용이하게 이동할 수 있도록 기타 교통 서비스 제공자와 정보를 공유할 수 있습니다.

본 신청서는 자격을 갖춘 보건 의료 전문가가 작성한 확인서 서식을 포함하여 반드시 **빠짐없이 작성**되어야 합니다. 신청서가 미비하면 적격성 절차가 지연됩니다.

남성

여성

성명

이름

중간이름(아니면)

성

생년월일 ___/___/___ 사회 보장 번호(선택 사항) ___ - ___ - _____

MEDI-CAL 번호(해당되는 경우) _____

주택 주소

도로

아파트 호수

시

주

우편번호

전화번호

주택

휴대폰

직장

우편 수령 주소

도로

아파트 호수

시

주

우편번호

인근 환경

귀하의 거주 지역을 어떻게 묘사하겠습니까(예: 언덕이 매우 가파르다, 언덕이 길고 완만하다, 평평하다 등)?

귀하의 거주지에 인도가 있습니까? _____ 거주지에 경사로가 있습니까? _____
예/아니오

귀하의 거주지 출입구에 계단이 몇 개 있습니까? _____

1 층에 거주하고 있습니까? _____

현재 교통 수단

현재 일반 Omnitrans 버스를 이용하고 있습니까?

만약 이용하지 않거나 가끔 이용하고 있다면 무엇 때문에 버스 이용에 제한이나 방해가 받고 있습니까? (예: 인도가 없어서)

버스를 이용할 때 귀하에게 가장 어려운 부분은 무엇입니까?

귀하의 인근 지역에는 어떤 버스 노선이 있습니까?

귀하의 자택에서 가장 가까운 버스 노선은 무엇입니까? (위치를 기재하십시오)

버스 정류장에 혼자서 갈 수 있습니까? _____

아니라면 이유는 무엇입니까? _____

버스에 혼자서 탈 수 있습니까? _____

아니라면 이유는 무엇입니까?

고정 노선 버스 서비스를 이용하기 위해 한 번이라도 교육을 받은 적이 있습니까?

그런 적이 없다면 무료 교육에 참가하시겠습니까? _____

Omnitrans 버스를 이용하지 않는다면: 현재 어떻게 이동하고 있습니까? (예: 가족, 친구 등)

사용 이동 기구

(해당 항목에 전부 표시)

___ 수동 휠체어

___ 접이식, 승객이 운전 기사의 도움 없이 일반 좌석으로 옮겨 갈 수 있음.

___ 승객이 운전 기사의 도움을 받지 않으면 일반 좌석으로 옮겨 갈 수 없음.

___ 높은 휠체어

___ 지팡이/흰지팡이

___ 보행 보조기(접이식)

___ 긴 휠체어

___ 목발

___ 보행보조기(비접이식)

___ 전동 휠체어

___ 넓은 휠체어

___ 산소 탱크

___ 유모차형 휠체어

___ 전동 스쿠터

___ 보철 기구

선호 매체 / 커뮤니케이션 유형

___ 일반 인쇄물

___ 큰 글자 인쇄물

___ 점자

___ 카세트 테이프

___ 컴퓨터 CD

___ TDD/캘리포니아 중계

___ 기타(구체적으로 기입해 주십시오) _____

___ 스페인어

___ 이메일(주소를 기입해 주십시오) _____

OMNITRANS ACCESS 신청자 동의서

제가 Omnitrans Access 서비스 이용 인증을 받으면 저는 필요시 이동할 때마다 요금을 정확하게 내겠습니다. 저는 제 서비스 이용 적격성에 영향을 미칠 수 있는 상태 변화가 일어나면 Omnitrans 적격성 사무소에 알리기로 동의합니다. 또한 저는 Omnitrans 준대중교통 정책과 절차에 충실히 따르지 않으면 제 적격성과 프로그램 참여권의 취소 사유가 될 것임을 이해하고 있습니다.

제가 이동하는 데 필요한 보조 장치나 보조 동물을 안전하게 갖추거나 유지하지 못하여 그 결과 발생한 모든 이의 제기 또는 개인이나 재산, 신체적 상해에 대한 손해 배상 책임으로부터 Omnitrans Access가 해를 입지 않도록 보호하기로 이해하고 동의합니다. 저는 Omnitrans Access 준대중교통 정책에 기술된 서비스 조건을 읽고 완전히 이해했으며 이를 준수하기로 동의합니다.

저는 이으로써 Access 프로그램 참여 적격성을 평가하기 위한 목적으로 확인 정보와 모든 추가 정보를 Omnitrans에 공개하도록 허가합니다.

저는 본 신청서에 제공된 정보가 진실하며 정확하다는 것을 증명합니다.

서명

날짜

신청자 이외의 다른 자가 신청서를 작성한 경우에는 다음 정보를 기입해야 합니다:

성명 _____ 낮에 연락 가능한 전화번호 _____

주소 _____

도로

아파트 호수

시

주

우편번호

서명

날짜

비상 연락처

성명

관계

전화번호

주소

도로

아파트 호수

시

주

우편번호

이 페이지와 그 다음 2페이지는 반드시 자격과 면허를 갖춘 보건 의료 전문가가 작성해야 합니다(정자 기입).

OMNITRANS ACCESS 서비스

적격성 확인

참고 사항: 적격성 확인을 위한 모든 정보는 반드시 자격과 면허를 갖춘 전문가가 제공해야 합니다. 자격과 면허를 갖춘 전문가의 예시는 다음과 같지만 이에 제한되지는 않습니다:

의사	정신과의	심리학자	척추 지압 요법사
안과의	공인 간호사	사회 복지사	

확인서 작성자 _____

전문 직함 _____

기관/소속 _____

면허 번호 _____

근무처 주소 _____

도로 유닛 번호 시 주 우편번호

근무처 전화번호 _____

*****하기 항목 중 하나라도 '아니오' 또는 '가끔'에 표시한 경우, 설명해 주십시오*****

1. 어떤 의학적 진단 때문에 장애가 유발되었습니까(예: 지적 장애, 간질)?

일시적인 상태입니까? ___ 예 ___ 아니오

'예'를 선택한 경우, 예상 지속 기간: _____까지

지속 일자

2. 신청자의 장애 때문에 이동할 때 간호인이 필요합니까?

___ 예 ___ 아니오 ___ 가끔

설명: _____

3. 비상 사태가 일어날 경우에 Omnitrans Access가 반드시 알고 있어야 하는 기타 의료 정보가 있습니까? (예: 간염, 결핵) _____

4. 클라이언트에게 이동성에 영향을 미치는 장애가 있다면:

도움을 받지 않고 200피트(약 60미터)의 거리를 이동할 수 있습니까?

___ 예 ___ 아니오 ___ 가끔

설명: _____

도움을 받지 않고 다양한 유형의 지형에서 3블록(1/4마일)의 거리를 이동할 수 있습니까? ___ 예 ___ 아니오 ___ 가끔

설명: _____

도움을 받지 않고 다양한 유형의 지형에서 6블록(1/2마일)의 거리를 이동할 수 있습니까? ___ 예 ___ 아니오 ___ 가끔

설명: _____

다양한 기상 조건에서 15 ~ 30분 동안 도우미 없이 옥외에서 기다릴 수 있습니까? ___ 예 ___ 아니오 ___ 가끔 설명: _____

다음을 건널 수 있습니다: ___ 두 방향 정지 사거리 ___ 네 방향 정지 사거리

다음 지역에서 신호등으로 통제되는 교차로를 건널 수 있습니다:

___ 주거 지역 ___ 준상업 지역 ___ 상업 지역

5. 시각 장애가 있다면, 최대 교정 시력은 몇입니까? 우안 _____ 좌안 _____

시야 제한: 우안 _____ 좌안 _____

법적 맹이라면,

도움을 받지 않고 200피트(약 60미터)의 거리를 이동할 수 있습니까?

___ 예 ___ 아니오 ___ 가끔

설명: _____

도움을 받지 않고 다양한 유형의 지형에서 3블록(1/4마일)의 거리를 이동할 수 있습니까? ___ 예 ___ 아니오 ___ 가끔

설명: _____

도움을 받지 않고 다양한 유형의 지형에서 6블록(1/2마일)의 거리를 이동할 수 있습니까? 예 아니오 가끔

설명: _____

다양한 기상 조건에서 15 ~ 30분 동안 도우미 없이 옥외에서 기다릴 수 있습니까?
 예 아니오 가끔 설명: _____

다음을 건널 수 있습니다: 두 방향 정지 사거리 네 방향 정지 사거리
다음 지역에서 신호등으로 통제되는 교차로를 건널 수 있습니다:
 주거 지역 준상업 지역 상업 지역

6. 클라이언트에게 인지 장애가 있다면:

요청을 받으면 이름과 주소, 전화번호를 알려 줄 수 있습니까?

예 아니오 가끔

설명: _____

목적지나 주요 지형지물을 인식할 수 있습니까? 예 아니오 가끔

설명: _____

예상치 못한 상황이나 정해진 루틴의 예상치 못한 변화에 대처할 수 있습니까?

예 아니오 가끔

설명: _____

길을 물어보고 답변을 이해하고 그에 따라 찾아갈 수 있습니까?

예 아니오 가끔

설명: _____

뽀미거나 복잡한 시설을 통과하여 안전하고 효과적으로 이동할 수 있습니까?

예 아니오 가끔

설명: _____

7. 클라이언트에게 언어 장애가 있다면:

음성 언어로 의사소통할 수 있습니까? 예 아니오 가끔

설명: _____

의사소통 보완 기기로 의사소통할 수 있습니까? ___ 예 ___ 아니오 ___ 가끔

설명: _____

서면으로 의사소통할 수 있습니까? ___ 예 ___ 아니오 ___ 가끔

설명: _____

전화상으로 의사소통할 수 있습니까? ___ 예 ___ 아니오 ___ 가끔

설명: _____

저는 본 적격성 확인 서식에 제공된 정보가 본인이 알고 있는 한 진실하며 정확하다는 것을 증명합니다.

유자격 전문가의 서명 날짜

유자격 전문가의 이름(정자 기입)

면허 또는 자격 번호