

個人資料卡、保證書和提供受保護健康資訊的授權書



請詳細閱讀後簽名並加註日期，然後寄回或送交至 *VTA Eligibility Department, 3331 N. First St, San Jose, CA 95134*。此表格可於 www.vta.org 下載

未滿 18 週歲的個人申請，必須由申請人的父母、法定監護人或看護人填寫。如果申請人已年滿 18 週歲，但由於身體或視力障礙而無法填寫申請，代為填寫人必須得到申請人的許可。18 週歲或 18 週歲以上但有認知障礙的個人申請，必須由申請人的法定監護人或看護人填寫。

不符合上述條件的申請將不給予處理。提前感謝您的合作。

VTA ACCESS 殘障人士特別服務將與您聯絡安排電話訪談。

第 1 部分：個人資料 請勾選一項： 新申請人 現有客戶
(殘障人士特別服務身份證編號_____)

申請人姓名：_____ (先生/夫人/女士 - 請圈選一項)

出生日期：_____

申請資訊：

地址：_____ 城市：_____

州：_____ 郵遞區號：_____

家庭電話號碼：_____ 手機號碼：_____

最佳電話聯絡時間：_____ 電子郵件：_____

主要語言：_____

您的主要殘障和/或行動最不便的狀況是什麼？

您使用任何行動輔助設備或專用設備嗎？ 是 否

如果回答「是」，請勾選所有適用項：

- | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 手杖 | <input type="checkbox"/> 白手杖 | <input type="checkbox"/> 輪椅 | <input type="checkbox"/> 雙拐 | <input type="checkbox"/> 手動輪椅 |
| <input type="checkbox"/> 電動輪椅 | <input type="checkbox"/> 電動代步車 | <input type="checkbox"/> 小腿支架 | <input type="checkbox"/> 呼吸器 | <input type="checkbox"/> 便攜式氧氣筒 |
| <input type="checkbox"/> 假體 | <input type="checkbox"/> 服務動物 | <input type="checkbox"/> 語障輔助器材 | <input type="checkbox"/> 溝通板 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |

您將來接收書面信息是否需要殘障人士方便使用的格式？ 是 否

如果「是」，請勾選您需要的格式：

- | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 電子郵件 | <input type="checkbox"/> 磁片 | <input type="checkbox"/> 錄音帶 | <input type="checkbox"/> 布拉耶點字 | <input type="checkbox"/> 大字體 |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|

您是否希望更多瞭解各種交通形式和出行的培訓？ 是 否

緊急情況聯絡人姓名: _____

與申請人之間的關係: _____ 電話號碼: _____

地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____

第 2 部分:提供受保護健康資訊的授權

本人理解,本人在申請和訪談過程中提供的受保護健康資訊將得到保密,只能在確定資格以便提供殘障人士特別服務時,以及為遵循ADA 規定和 VTA 政策而進行品質管理/審核時,在必要時向以下專業人員或服務提供者提供。

第 3 部分:提供醫療資訊的授權

(請提供能夠確認您的殘障情況以及行動不便情況的醫生或持執照專業人員的聯絡資訊。)

本人特此授權:

姓名: _____

地址: _____

電話: _____ 傳真: _____

(可選)醫療記錄/Kaiser 號碼: _____

應要求將以下所需的有關本人殘障情況的資訊提供給VTA ACCESS 殘障人士特別服務資格代表/承包商。所提供的資訊只可用於評估本人根據美國殘障法案(美國法典(U.S.C.)第42篇第12101節及其後條款第104法令327)享受殘障人士特別服務的資格。

本人了解,本人有權以書面形式通知 VTA ACCESS,在任何時候撤銷這項授權的任何部分,但根據本授權已採取行動的部份除外。

申請人簽名: _____ 日期: _____

第 4 部分:申請人保證書(請簽名)

所有申請人必須在已填妥的申請上簽名。如果申請並非由保證人本人填寫,則代為填寫申請的人必須提供以下資訊:

協助申請人的人員姓名: _____

與申請人之間的關係: _____

地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

電話號碼: _____ 備用號碼: _____

簽名: _____ 日期: _____

您在本申請書上簽名之後,即根據加州法律中有關偽證罪的規定,保證上述內容是真實和準確的。

申請人/法定監護人/看護人: _____ 日期: _____