
輔助公交資格申請說明

如果您因殘疾而無法使用Metro 的無障礙固定線路公車服務，您可能資格享受輔助公交服務。Metro 的輔助公交服務是一種共享交通服務，通過多家合作企業協調各類車輛，滿足個人出行需求。

要確定您是否符合輔助交通服務資格，Metro會評估您使用本市公共交通服務的功能能力。資格認定不基於症狀、殘疾類型、是否使用行動輔具、年齡、收入、駕駛能力或是否擁有私家車。即使情況相似的人，也可能因功能能力差異而獲得完全不同的資格判定。

如需申請資格，請完整填寫申請表並參加現場評估。在某些情況下，Metro可能會聯繫您指定的專業人員，以便更準確地核實您的狀況。

請按以下步驟完成流程：

1. 完整填寫隨附申請表。
2. 借助《申請核對清單》完成此流程。
3. 通過核對清單中注明的任一方式提交申請。
4. 收到Metro聯繫時，配合安排評估時間。
5. 如約參加現場評估。
6. 您將收到書面形式的資格認定通知。

申請核對清單

1. 填寫並審核申請表

- ☐ 所有問題都已回答。
- ☐ 已提供最新聯繫方式。
- ☐ 表格由申請人親筆簽名，或由協助者代為簽署。

2. 複印一份留作記錄

- ☐ 已保留申請表複印件作為個人存檔。

3. 提交申請表

- ☐ 已通過以下任一方式提交申請表：
 - 郵寄至：1245 E. Washington Ave., Suite 201, Madison, WI 53703
 - 工作日上午 7:30 至下午 5:30 親自前往 Metro 提交

4. 評估預約安排

- ☐ Metro 按收件順序處理申請表。
- ☐ 未填妥的申請表將被退回，補全後方可安排評估。
- ☐ 收到完整申請表後 3-5 個工作日內，Metro 將聯繫申請人安排現場評估。
- ☐ 如果申請人居住在 Metro 輔助公交服務區域內，可視需要提供評估往返接送服務。

5. 評估準備工作

- ☐ 請準備好解釋您的殘疾是如何阻礙您使用Metro的無障礙公交車服務。
- ☐ 攜帶附照片的身份證件，如有工作證或校車通勤卡請一併出示。

輔助公交資格認證申請表

第 1 部分：申請人身份信息

請用正楷書寫

姓氏：_____ 名字：_____ 中間名縮寫：_____

您目前或曾經是 Metro 輔助公交服務的客戶嗎？ ☐ 是 ☐ 否

預約現場評估的首選聯繫方式是什麼？

☐ 電子郵箱地址（如下所示） 或者 ☐ 電話號碼（如下所示）

電子郵箱：_____ 電話：_____

地址：_____ 公寓號：_____

城市：_____ 州：_____ 郵政編碼：_____

住宅/樓宇小區名稱：_____

出生日期：_____ 年齡：_____ 性別：_____

請提供**兩位**緊急聯繫人的信息。

緊急聯繫人姓名：1) _____ 2) _____

與申請人的關係：1) _____ 2) _____

電話號碼：1) _____ 2) _____

後續信息應寄往何處？ ☐ 寄至本人（申請人）的上述地址

☐ 寄至本人（申請人）的下列郵寄地址 或者 ☐ 寄給下列人員

姓名：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵政編碼：_____

電子郵箱：_____ 電話：_____

與申請人的關係：_____ 代理機構：_____

第 2 部分：申請人的殘障狀況和交通需求

殘障狀況/疾病的性質是什麼？（請選擇所有適用項）

☐ 智力障礙 ☐ 肢體障礙 ☐ 感官障礙

請列出申請人的殘障狀況/診斷結果：

請說明申請人為何無法在無人協助的情況下使用 Metro 的市內公車服務：

確認出行時使用的助行器具。（請選擇所有適用項）

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ 手杖 | ☐ 手動輪椅 |
| ☐ 盲杖 | ☐ 電動輪椅 |
| ☐ 拐杖 | ☐ 代步車 |
| ☐ 助行架 | ☐ 超規格輪椅或代步車：寬度____ 長度____ |
| ☐ 可攜式氧氣機或呼吸器 | ☐ 其他_____ |

請注意：如果您在上面勾選了“超規格輪椅或代步車”，當助行器具寬度超過 30 英寸和/或長度超過 48 英寸（從離地 2 英寸處開始測量）時，我們可能無法提供服務。此外，如果申請人及其助行器具在使用狀態下的合計重量超過 600 磅，Metro 可能無法提供承運服務。

我有時或總是會使用以下協助方式：

- ☐ 有指定的個人護理助理，定期協助我進行一項或多項日常生活活動。
- ☐ 受過訓練的服務動物
- ☐ 不適用

第 3 部分：其他健康信息

請列出兩位可供 Metro 聯繫以核實您所述殘障狀況的專業人員的姓名及聯繫信息（例如：醫師、社工、個案管理員、治療師、脊椎按摩師、心理醫生或精神科醫生）。

姓名：_____ 電話：_____
地址：_____ 職稱：_____
城市：_____ 州：_____ 郵政編碼：_____

姓名：_____ 電話：_____
地址：_____ 職稱：_____
城市：_____ 州：_____ 郵政編碼：_____

我目前參加了威斯康星州衛生服務部 (Department of Health Services) 的以下長期護理計畫 (long-term care program)：

- ☐ 我通過以下計劃參加了Family Care(家庭護理)：
 - ☐ Care Wisconsin
 - ☐ My Choice Family Care
- ☐ 我通過以下計劃參加了Family Care Partnership (家庭護理合作夥伴)：
 - ☐ Care Wisconsin
 - ☐ iCare Independent Health Care Plan
- ☐ 我通過以下計劃參加了Include, Respect, I Self-Direct, IRIS (包容、尊重、自主導向)，(請選擇所有適用項)：
 - ☐ Connections
 - ☐ First Person Care Consultants
 - ☐ Progressive Community Services
 - ☐ TMG
 - ☐ iLife
 - ☐ GT Independence
 - ☐ Premier Financial Management Services
 - ☐ Outreach Health Services

☐ 不適用



1245 e. washington
ave. suite 201
madison, wi 53703

長期護理計畫個案管理員、代表或顧問的聯繫信息。

姓名: _____

電話: _____ 電子郵箱: _____

信息授權: 本人 (申請人) 了解, 本申請表用於判定本人使用 Metro 輔助公交服務的資格。本人同意將所填信息授權給 Metro 及其資格審核小組, 並了解申請表上的信息將被保密處理。本人進一步了解, Metro 保留酌情要求補充信息的權利。本人同時允許 Metro 輔助公交服務計畫將申請人信息轉介給戴恩縣出行培訓計畫 (Travel Training Program) 以及與該計畫進行信息交換。

申請人正楷書寫姓名

簽名

日期

(申請人或代表)

本人作為申請人親筆簽名 ☐ 申請人簽名 或

由以下人員代表本人簽名:

☐ 父母 (如果申請人是未成年) ☐ 授權代理人 ☐ 法定監護人

申請表填寫人姓名 (正楷書寫)

如果是代表機構填寫, 請注明機構名稱

電話