



PLUS 申请与医疗信息授权

PLUS 资格要求以 1990 年《美国残疾人法案》(ADA) 中规定的条件和指南以及联邦交通运输局有关辅助客运的规则和决定为依据。确定符合 PLUS 条件的人必须有残疾或身体状况，导致他/她大部分时间无法独立使用常规固定路公交系统。申请人（或协助申请人的人）必须完整填写整个申请表。请回答所有问题，未完整填写的申请表将被退回给申请人，不予办理。寄回至：EMBARC, 2000 South May Avenue, Okla. City, Oklahoma 73108，传真 405-316-2372，或发送电子邮件至 mobilitymanagement@okc.gov

部分 - A（完成所有问题）： 请以正楷填写

姓名（名字、中间名、姓氏）： _____

出生日期： _____ 性别： 女 男

家庭地址： _____ 公寓号 _____

城市、州和邮政编码： _____

最近的大型交叉路口： _____ 家庭电话： _____

设施/公寓名称： _____ 手机： _____

电子邮箱地址： _____ 工作电话： _____

紧急联系人（必填）： _____ 电话： _____

与申请人的关系： _____ 备用号码： _____

1. 您有哪种残疾（勾选所有适用项并提供详细说明）？

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 身体残疾 | <input type="checkbox"/> 视力损伤/失明 |
| <input type="checkbox"/> 听力受损 | <input type="checkbox"/> 发育障碍 |
| <input type="checkbox"/> 精神疾病 | <input type="checkbox"/> 其他 |

请更详细地描述上面勾选的项目： _____

列出的任何残疾是否是永久性的？ 是 否 如果是，请列出是哪些残疾？

如果否，预计伤残持续时间是多久？ _____ 周 _____ 个月

2. 外出出行时，是否需要私人护理人员？（勾选一项）

- 是，所有出行都需要 有时，特定类型的出行需要 否

3. 请勾选您在出行时可能使用的所有辅助设备:

- | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 手动轮椅 | <input type="checkbox"/> 电动轮椅 | <input type="checkbox"/> 电动踏板车 |
| <input type="checkbox"/> 服务型动物 | <input type="checkbox"/> 支撑/白手杖 | <input type="checkbox"/> 助行器 |
| <input type="checkbox"/> 通讯设备 | <input type="checkbox"/> 便携式氧气 | <input type="checkbox"/> 拐杖/支架 |
| <input type="checkbox"/> 其他 (请描述) _____ | | |

4. 如果您使用轮椅或踏板车, 是否宽 30 英寸以上、长 48 英寸以上, 或者您的设备荷重重量是否超过 800 磅?

是 否 不适用

5. 您的住宅是否有功能正常的安全轮椅坡道? 是 否

下面的问题将帮助我们评估您的申请并了解您的功能性能力。思考每个问题, 并确定您是否能够以合理的努力和风险水平始终如一地执行列出的任务。

回答“有时”须进行解释。

6. 您是否能够看到、阅读、理解和使用完成行程所需的公交车时间表 (此问题不是指不习惯使用英语)?

是 有时候 否 请解释: _____

7. 如果在前往公车站的路上有垫高路段、草地、不平的路面, 您是否能走路或利用移动装置让您前往公车站?

是 有时候 否 请解释: _____

8. 您是否能在公车站或转车站中等待 15 到 30 分钟?

是 有时候 否 请解释: _____

9. 无论是否有红绿灯, 您是否能自己一人在十字路口安全通过?

是 有时候 否 请解释: _____

10. 您是否能与公车师傅交流, 以便获得自己出行所需要的信息?

是 有时候 否 请解释: _____

11. 您是否能在使用轮椅辅助器的情况下进出公车?

是 有时候 否 请解释: _____

12. 您是否能确定公交车何时到达指定站？

是 有时候 否 请解释： _____

13. 您在往返公车站或在公车站时是否会携带手机或自己有能力与他人交流以便获得协助？

是 有时候 否 请解释： _____

14. 您坐在公车上时，是否能在公车移动中保持平衡或承受车辆的不稳定性？

是 有时候 否 请解释： _____

协议和授权

我证明，本申请表中提供的信息准确无误。我授权向 EMBARK 公布诊断和功能能力信息，仅用于确定我是否有资格获得 EMBARK Plus Paratransit 服务。我理解，所有个人和医疗信息都将予以保密，故意提供虚假或误导性信息可能构成 EMBARK 服务和福利申请被拒的理由。

如果已获得 EMBARK Plus Paratransit 服务批准，我同意遵守 EMBARK 制定的规则和服务指南，并将我的住所、电话号码、紧急联系信息的任何变更以及影响我行动能力或获得 EMBARK Plus Paratransit 服务资格的任何重大变化及时通知 EMBARK。我理解，如果未遵循 EMBARK Plus 用户指南程序、未遵守 EMBARK 的行为准则和交通运输排除政策和程序，或者如果我的状况在任何时候对他人的健康或安全构成直接威胁，可能会导致服务或福利暂停和/或终止。

申请人签名： _____ 日期： _____

如果本申请表不是由申请 EMBARK Plus 服务的本人填写的，请填写以下信息：

姓名： _____ 与申请人的关系： _____

邮寄地址：

日间电话号码： _____ 电子邮件地址： _____

签名： _____ 日期： _____

我如何知道我的申请是否已获批准？ 在收到您的申请表后，我们将以传真方式向您的医生发送医疗信息授权，以获取有关您的残疾状况的信息。在收到您的医疗信息后，我们将评估您的申请，并在 21 天内向您告知资格确定结果。如果您符合条件，您将收到一份 EMBARK Plus 用户指南，其中包含关于安排搭乘的信息。如果您被认定为不符合资格，您将收到关于您对决定提出申诉的权利的信息以及关于如何提起资格申诉的说明。如果您未在 21 天内收到您的资格确定函，请致电 405-297-2372 联系我们。

发布医疗信息的授权

在确定您是否符合辅助客运资格时，EMBARK 将联系您的现任医生，了解有关您的医疗状况和功能性能力的信息。请列出最熟悉您病情的医生或持照专业医务人员。收到的所有信息将予以保密，并且仅供 EMBARK Plus 员工用于确定您是否符合 ADA Paratransit Services 资格。如果拒绝提供该授权，EMBARK 将无法完成您的资格确定，并导致您的申请被拒绝。

EMBARK 不支付医疗信息的费用

或表格填写费

请打印并填写所有空格

患者名字： _____ 日期： _____

患者姓氏： _____

患者住宅地址（街道）： _____

城市： _____ 州： _____ 邮政编码： _____

患者住宅电话号码： _____ 手机号码： _____

医生姓名： _____

执业诊所/集团名称： _____

地址（街道）： _____

城市： _____ 州： _____ 邮政编码： _____

电话号码： _____ 传真号码： _____

根据本授权使用或披露的信息可能会被接收人再次披露，并受到隐私条例的更长期保护。

证明和授权

我明白，伪造信息可能会导致 EMBARK Plus 服务申请被拒。我授权上面列出的持照专业医务人员向 EMBARK Plus 提供有关我的残疾状况的信息及其对我搭乘固定路线公交车出行的功能性能力的影响。除非事先以书面形式撤销，否则本表格允许列出的专业人员自以下日期起一年内向 EMBARK 提供信息。

申请人签名

日期

正楷姓名

协助申请人的人员签名（如有）

与申请人的关系