



海沃市輔助交通（無障礙交通）（简称：**HOP**） 一个由 **BB** 提案资助的交通辅助项目

此项目是“东湾交通辅助服务系统”的完善与补充

申请资讯

感谢您问询海沃市辅助交通项目 (The HOP)。“东湾辅助交通系统”是“美国残疾人法案”要求提供的、主要针对于海沃市和阿拉米达县的服务项目。您必须首先申请“东湾辅助交通”（提供方是阿拉米达县），再向海沃市提出申请。如果您申请过“东湾辅助交通”（EBP），请出示申请通过证或被拒信复印件。

海沃辅助交通申请：所有乘客需完成此申请表。70 岁以下的乘客须提交健康状况陈述表格，且表格需由医疗专业人士填写。70 岁及以上乘客无需提供健康状况表格。

填完的表格需交回至：

邮递： 海沃市政厅 （Hayward City Hall）
辅助交通项目 （Paratransit Program）
777 B Street, 4th Floor
Hayward CA 94541

电子邮件：paratransit@hayward-ca.gov

传真： (510) 583-3650

如果您有任何相关问题，请致电办公室 (510) 583-4230.

Community Services Division
Paratransit Program

777 B Street, Hayward CA 94541-5007
Tel: 510/583-4230 Fax: 510/583-3650



辅助交通申请表 (更新于 2024 年 4 月 19 日)

姓名: _____
姓名 中间名缩写

日间电话: (____) _____ - _____ 手机 : (____) _____ - _____

聋哑辅助电话: (____) _____ - _____ 电子邮件 : _____

家庭住址: _____
街道 公寓号 # 邮编

邮寄地址: _____
(若与以上家庭住址不同) 街道 或 邮政信箱 公寓号 # 邮编

住房设施 (如老人公寓) 名称 (若有): _____

出生日期: ____ / ____ / ____ 性别: 男 女 非二元性别 没有列出来
月 日 年

您的人种/族裔? (在所有符合的选项上划勾) 白人 非裔美国人
 亚洲人/太平洋岛屿人 西班牙裔/拉丁裔 土著美国人 其他 _____

1. 是否以前合格得到过阿拉米达县辅助交通服务?

(如东湾辅助交通、轮椅致电车乘服务、联合市辅助交通服务)

完全合格 有条件性合格 东湾辅助交通号码 #: _____
 不合格/被拒 没有申请过 或 面试日期: _____

2. 是否使用以下行动辅助或特别设备? 没有

拐杖 盲杖 步行器
 手工轮椅 动力轮椅 动力滑板
 导盲犬 移动氧气罐 其他: _____

3. 是否需要轮椅升降机来帮助您上、下交通工具?

是 否 不清楚

4. 您平常需要旁人的帮助来通勤吗? 是 否

5. 请描述您的残疾或残疾健康状况 以及 说明它如何妨碍您使用公共交通 (如公共汽车 或湾区捷运):

6. 以上描述的身体状况是: 永久性的 临时性的 直到: _____

7. 估计使用辅助交通服务的频率? 每天 每周 2-4 次 每月 2-4 次

8. 目前怎样去常去的目的地? (在所有符合的选项上划勾)

- 残疾人法案辅助交通(如 东湾辅助交通)
 自驾 别人开车送我 坐公共汽车/湾区捷运 出租车 优步/利福车 (Lyft)
 其他: _____

9. 您有以下任何形式的收入/福利帮助吗? (在所有符合的项目上划勾)

- 社会安全生活补助金 (SSI)
 加州医疗白卡 (Medi-Cal)
 加州就业及儿童照护计划 (CalWorks)
 成人补助计划 (General Assistance (GA))
 移民现金补助计划 (Cash Assistance Program for Immigrants (CAPI))

10. 个人税前月收入: _____

11. 家庭税前月收入: _____ # 家庭成员人数: _____

12. 是否帮忙学习怎样使用辅助交通? 是 否

13. 是否帮忙预约及处理一般事务? 是 否

14. 您的居住情况? 独居 和配偶/伴侣同居

和成年子女住一起

住老人院/护养院

住看护院/社区养老院 其他: _____

15. 您说何种 (或几种) 语言? 最愿意使用的语言是: _____

其他语言: _____

紧急联系人: _____

与您的关系: _____ 日间电话: (_____) _____

手机: (_____) _____ 电子邮件 _____

您处理自己的事务和处理邮件吗? 是 否

如果“否”，信件应该寄给谁?

姓名: _____ 关系: _____

电话: (_____) _____ 电子邮件 _____

16. 如果您想以后的信息以另外的形式取得, 请选择以下您希望的形式: 大字印刷体 录音带
 盲文 电子文档

17. 您 (或您的照顾人) 希望从电子邮件得到您的信息介绍包裹或未来的变化? (请注意代购券还是将直接寄给您):

是 否 *如果“是”, 请提供您 (或您的照顾人) 的电子邮件地址, 以便把资料寄给您-

我保证, 申请提供的信息属实并且完整。我明白故意提供虚假信息将导致申请服务被拒。我授权海沃市确认我是否有参与“东湾辅助交通”。我明白所有申请信息保密, 只要求服务所需要的信息, 且信息只会给提供此服务的人员。

*申请人签名: _____

*日期: _____

帮助您申请者的姓名/电话号码 #: _____

9/13/24

For Office Use Only: Client # _____

海沃市基於收入水平交通輔助項目的收入證明書



海沃市交通輔助(HOP)提供有限的免費或費用減免交通搭乘服務. 為獲得此服務, 參與者必須註冊, 並有活躍的搭乘服務起碼一個月以上, 並且符合“美國住房與城市發展部(HUD)極低收入綫(參加以下). 必須提供同一屋簷下所有十八歲以上人員的收入情況. 收入信息.

怎麼申請:

請提供以下必須的文件:

1. 社安福利證明, 殘障人福利證明, 退休金投資福利證明中的任何一件複印件.
2. 最近兩個月的銀行賬戶.

請確認顧客簡介頁上的信息, 和以上文件一起提交. 收到后, 工作人員會審查. 結果會在五到十個工作日通知.

符合條件 - 2024年度“美國住房與城市發展部”極度貧困綫 (最高收入/家庭人口數):

# 家庭人口數:	1	2	3	4	5	6	7	8
極低收入	\$32,700	\$37,400	\$42,050	\$46,700	\$50,450	\$54,200	\$57,950	\$61,650

關於此項目

海沃市交通輔助提供有限的基於收入水平的搭乘減免或免費搭乘. 此幫助最多涵蓋每次搭乘的二十美元. 如果超過二十美元, 搭乘者必須自己負責. 為符合條件, 申請者必須:

- 註冊了此項目並狀態良好.
- 一個此項目的活躍用戶至少一個月. 並且
- 必須符合“美國住房與城市發展部”的極低收入綫, 並提供所有超過18歲以上家庭成員的收入證明

海沃交通輔助會償付每次搭乘的4美元, 最高為20美元. 超過20美元的部分由搭乘者自己承擔. 與醫療相關的搭乘例外. 每次可以涵蓋最高35美元 (需要提供證明)

基於收入水平的搭乘輔助只適應以下地區 (Hayward, Ashland, Cherryland, Fairview, Castro Valley, San Lorenzo, San Leandro, Union City, Newark, Fremont, Pleasanton, Livermore, Dublin, San Ramon, Oakland, and Alameda).

更多資訊或問題, 請致電辦公室電話 510-583-4230.

9/11/24

Community Services Division
Office of the City Manager
Paratransit Program

777 B Street, Hayward, CA 94541-5007
Tel: 510/583-4230