



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



Hayward Operated Paratransit Program Medical Statement Form

This form may need to be completed if the applicant does not meet the "Senior" age (70+) eligibility requirement of the Hayward Operated Paratransit service for which they are applying. For more information, please refer to the hayward-ca.gov/residents/paratransit or call the program directly.

Applicant's Name: _____ Birthdate: _____
Address: _____

Dear Physician, Social Worker, or Health Care Professional:

The above-named person is applying for the paratransit services in the city where they reside. In order to determine whether this applicant is eligible for paratransit services, applicant must provide verification that they are unable to utilize public transit services independently due to a disability/disabling health condition. All information provided below is confidential and is used for the sole purpose of establishing eligibility for paratransit services. Please help us determine the eligibility status of this individual by checking and/or completing all of the items below that apply to applicant. Please return this form to the applicant to submit with their paratransit application. Thank you.

I. Please describe the applicant's disability or disabling health condition that prevents use of public transit (i.e., buses and/or BART): Please attach additional pages if needed

II. Applicant's condition is: ☐ Permanent ☐ Temporary until (date): _____

III. Due to the conditions noted above, applicant is unable to use public transit services because they:

- a. ☐ Cannot walk or travel in a wheelchair or scooter to or from a bus or train stop without the help of another person
- b. ☐ Cannot board or get off a bus or train without the help of someone else
- c. ☐ Cannot wait outside by him/herself for a bus or train to arrive
- d. ☐ Cannot stand and maintain balance on a moving public transit vehicle
- e. ☐ Cannot see, read and/or comprehend information signs, schedules, maps, etc.
- f. ☐ Cannot hear and/or comprehend verbal information given by public transit personnel
- g. ☐ Other reason(s): _____

IV. Are paratransit services needed for applicant to obtain life-sustaining treatment? ☐ Yes ☐ No (i.e., dialysis, chemotherapy, radiation therapy, etc.)

PRACTITIONER'S STATEMENT: *I hereby state that the information provided above is correct.*

Practitioner's Name: _____ (Print/Type)
_____ (Signature)

Date: _____ Discipline: ☐ Physician ☐ Nurse ☐ Social Worker
☐ Other Practitioner (describe): _____

Agency/Organization Affiliation: _____

Address: _____

Telephone #: _____ Fax #: _____ Email: _____

Return to:	Hayward Operated Paratransit Program 777 B Street, 4th Floor, Hayward CA 94541 Tel: (510) 583-4230 Fax: (510) 583-3650 Email: paratransit@hayward-ca.gov
------------	---



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)

For Office Use Only: Client # _____

☐ 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 # _____