



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，您可能有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。資格認定不基于症狀、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。



metro transit

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

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：_____



metro transit

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

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。



metro transit

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

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)：

- 我通過以下計畫參加了Family Care(家庭護理)：
 - Care Wisconsin
 - My Choice Family Care
- 我通過以下計畫參加了Family Care Partnership (家庭護理合作夥伴)：
 - Care Wisconsin
 - iCare Independent Health Care Plan
- 我通過以下計畫參加了Include, Respect, I Self-Direct, IRIS (包容、尊重、自主導向)，*(請選擇所有適用項)*：

<input type="radio"/> Connections	<input type="radio"/> iLife
<input type="radio"/> First Person Care Consultants	<input type="radio"/> GT Independence
<input type="radio"/> Progressive Community Services	<input type="radio"/> Premier Financial Management Services
<input type="radio"/> TMG	<input type="radio"/> Outreach Health Services

不適用



metro transit

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 <i>(申請人或代表)</i>	日期
-----------	-----------------------	----

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
-----------------	--------------------	----