

申请人信息

这一节由申请人、申请人的照护者或另一个熟悉申请人残疾情况的人士填写。如果为了全面地回答所有问题，需要额外的空间，请附上辅助文件。

客户信息

您现在正在使用Lextran Wheels Paratransit Service残疾公交服务吗？			
☐	是	☐	否
从您上次出具证明以来，您的残疾或病症有变化吗？			
☐	是	☐	否
如果“是”，请解释：			
有任何人帮您填写这份申请吗？			
☐	是	☐	否
如果“是”，请提供姓名：		电话：	
与申请人的关系：		电子邮件：	

人口统计信息

姓：		名：		中名首字母：	
邮寄地址：				公寓门牌号	
市：		州：		邮编：	
家庭地址（如果与邮寄地址不同）				公寓门牌号	
市：		州：		邮编：	
白天电话：		移动电话：			
夜晚电话：		您提供手机号码，即是同意收到短信文字通知。短信按标准的费率收费。			
出生日期：		电子邮件地址：			
性别：		民族：			
首选使用的语言：					
首选使用的联系方式：					

紧急联系人信息

姓：		名：	
电话：		关系：	

街道地址:		公寓门牌号			
市:		州:		邮编:	

第一部分残疾/健康状况信息

1.妨碍您使用Lextran公交车的主要残疾或健康状况是什么？请具体说明。

确诊或发病日期：

2.您有限制您使用Lextran公交车的能力的其它残疾或健康状况吗？

☐ 是 ☐ 否

如果您回答了“是”，请解释。

3.您残疾或健康状况的影响每天不同吗？

☐ 是 ☐ 否

如果您回答了“是”，请解释。

4.您的残疾或健康状况是永久性的还是暂时的？

☐ 永久性 ☐ 暂时的

如果您回答了“暂时的”，请解释。

第二部分出行协助

1.对您在出行时预计要用到的所有出行设备打勾：

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 拐杖 | ☐ 腿部支架 |
| ☐ 腋杖 | ☐ 助行器 |
| ☐ 白手杖 | ☐ 手动轮椅 |
| ☐ 电动轮椅 | ☐ 服务动物 |
| ☐ 代步车 | ☐ 人工呼吸器/氧气 |
| ☐ 其它： | |

2.如果您使用轮椅或代步车，它的长和宽是多少（英寸）？

长（英寸）：

宽（英寸）：

3.在您出行期间或到达目的地时，您需要另一个人的协助吗？

☐ 总是需要

☐ 有时候需要

☐ 从不需要

如果您回答了“总是需要”或“有时候需要”，请解释。

4.您和轮椅/代步车总的重量估计是多少？

5.请提供关于您残疾或健康状况的任何其它信息，帮助我们更好地了解您的出行能力。

第三部分出行培训

有资格获得辅助公交服务的人有资格凭称为Yellow Card (黄色卡)的特殊身份识别卡，免费使用Lextran固定路线服务。虽然并不要求必须持有，如果您希望获得这张卡，请致电 (859) 244-2030确认您的资格，并获得更多信息。我们只对固定路线的公交车提供出行培训，请在对您的评价测试期间，表明您想探索这个选项。

1.您对为使用固定路线的公交系统的出行培训感兴趣吗？

☐ 是

☐ 否

第四部分证明

我理解这份申请的目的是如果我符合辅助公交服务的资格，我申请获得Lextran固定路线公交服务。我理解这张申请上的信息将被保密，只分享给参与评估我的资格的专业人士。而且，我理解提供虚假或误导性的信息会导致否决我的申请或者终止我的资格。

我准许你们可以联系填写这份申请或对我的健康状况提供辅助验证的专业人士。

申请人签字

日期

申请人也可以在www.biokinetix.com/lextran，在线填写这份申请表。

请邮寄至： Body Structure Medical Fitness
Attn: Lextran Paratransit
2600 Gribbin Drive
Lexington, KY 40517