



**海沃市客运辅助系统（简称：HOP）**  
**一个由B/BB提案资助的客运辅助项目**

*此项目是“东湾客运辅助服务系统”的完善与补充*

**申请资讯**

感谢您询问海沃市客运辅助项目 (The HOP)。

“东湾客运辅助系统”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“东湾客运辅助”（提供方是阿拉米达县），获得他们的面试日期后，再向海沃市提出申请。“东湾客运辅助”

将排期您的面试并安排您必要的交通。您必须提供30天之内的“东湾客运辅助”给您的面试确认信复印件。如果您申请过“东湾客运辅助”（EBP），请出示申请通过证或被拒信复印件。

**海沃客运辅助申请：所有乘客需完成此申请表。18-69岁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)  
客运辅助项目 (Paratransit Program)  
777 B Street, 4<sup>th</sup> Floor  
Hayward CA 94541

电子邮件：[paratransit@hayward-ca.gov](mailto: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



## 海沃客运辅助项目

### 健康陈述表

尊敬的医生:

本人, 姓名如下, 意愿参与海沃市客运辅助项目。这是一项针对那些无法使用其他公共交通的人而提供的交通服务。为完成申请, 必须提供健康状况表格, 以描述本人的功能性缺陷而无法使用其他公共交通工具。

信息保密, 且只用于申请海沃客运辅助项目合格否。请如实填写以下信息。

申请者姓名 \_\_\_\_\_

医疗保险涵盖 \_\_\_\_\_ 医疗保险号码 \_\_\_\_\_

请在以下所有符合的选项上划勾

#### I. 因为医疗或残疾状况, 此人, 名字如上, 无法:

- A.  使用普通或有轮椅提升装置的交通服务 (如: 公共汽车, 湾区捷运).
- B.  从常规公共交通工具上、下车 (如公共汽车, 湾区捷运).
- C.  等待、或站立于运行中的交通工具 (如公共汽车、湾区捷运).
- D.  看见、阅读或理解交通标示、时刻表、地图等。
- E.  听见或理解公共交通指挥人员发出的口头信息。
- F.  在没有帮助的情况下无法上、下出租车。
- G.  使用常规公共交通服务的理由: \_\_\_\_\_
- H.  驾驶小汽车。申请者何时可以再驾驶? (日期) \_\_\_\_\_
- I.  使用东湾客运辅助服务的理由: \_\_\_\_\_

#### II. 申请者本身状况:

- A. 诊断: \_\_\_\_\_  
申请者的这种身体状况: 永久?  临时?   
若临时, 会多长时间? \_\_\_\_\_
- B. 以上姓名申请者使用轮椅? 是  否
- C. 当救护或移动时, 申请者是否使用其他辅助工具? (描述) \_\_\_\_\_
- D. 上述姓名申请者是否需要客运辅助服务来得到 **延长生命治疗**? (如: 透析、化疗、放疗等)  是  否
- E. 是否常需看医生: 看医生频率? \_\_\_\_\_ 何时结束? (日期) \_\_\_\_\_
- F. 是否需物理治疗: 频率? \_\_\_\_\_ 何时结束? (日期) \_\_\_\_\_



**III. 医生陈述:**

本人以上所提供信息属实。 日期\_\_\_\_\_

医生姓名: 打印体 \_\_\_\_\_ 签名 \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 电话 # \_\_\_\_\_ 传真 # \_\_\_\_\_

**邮递至:**

**海沃客运辅助项目 (Hayward Operated Paratransit Program)**

**777 B Street, 4<sup>th</sup> Floor, Hayward CA 94541**

**电话: (510) 583-4230 传真: (510) 583-3650**

**电子邮件: [paratransit@hayward-ca.gov](mailto:paratransit@hayward-ca.gov)**



# 客运辅助申请表 (更新于2020年9月1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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  男  女  
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客运辅助服务?

(如东湾客运辅助、轮椅致电车乘服务、联合市客运辅助服务)

完全合格  有条件性合格 东湾客运辅助号码 #: \_\_\_\_\_  
 不合格/被拒  未申请过 或 面试日期: \_\_\_\_\_

### 2. 是否使用以下行动辅助或特别设备?

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. 估计使用客运辅助服务的频率?  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)

阿拉米达县客运辅助 (如 东湾客运辅助、轮椅致电车乘、联合市客运辅助)

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客运辅助?  是  否

13. 是否帮忙预约及处理一般事务?  是  否

14. 您的生活情况?  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  唱片/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“东湾客运辅助”、“轮椅致电车乘”、“联合市客运辅助”。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 #: \_\_\_\_\_



## 推荐表

您认识家庭成员或朋友可能受益于“海沃市客运辅助项目”而需要了解更多信息吗?

姓名: \_\_\_\_\_  
姓 名

日间电话: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 手机: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

聋哑人辅助电话: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 电子邮件: \_\_\_\_\_

家庭地址: \_\_\_\_\_  
街道名称 公寓号 # 城市 邮政编码

邮寄地址: \_\_\_\_\_  
(若与以上地址不同)街道名称 或 邮政信箱 公寓号 # 城市 州 邮政编码

养老机构名称 (如有): \_\_\_\_\_

我们团队可以提供以下服务信息:

- 当天通勤
- 事先安排好的门到门通勤
- 通勤安排及旅行培训
- 小组旅行
- 食物分派
- 票价补贴