

波士頓市



## On-Street Accessible Parking Program (路邊無障礙停車計畫) 申請

### 申請說明

感謝您在提交無障礙停車位 (APS) 的申請前抽空閱讀這些說明。仔細按照說明進行申請有助於避免審核過程中的延誤，以便我們能及時確定您的資格條件。

請務必完整回答所有問題。不完整的申請將被退回。

**\*\*\* 重要 \*\*\***

您在提交申請時必須隨附以下列出的證明文件：

- 車輛登記卡的副本，其顯示的地址需與申請人住址相符
- 清晰顯示照片、ID 號碼及效期截止日期的殘障停車標牌副本
- 顯示照片和效期截止日期的麻州駕駛執照副本
- 由您的醫師簽名，且日期在申請日期 **60** 天以內的醫療表格

請工整填寫所有資訊。我們依靠您的醫師來評估您的資格條件，因此請不要發給我們任何病歷、檢查結果、X 光片或顯示您殘障情況的照片。本辦公室沒有在職醫師能夠評估申請人的殘障情況。

根據不同的情況與條件，申請可能需要長達 4 至 6 週的辦理時間。您將收到關於批准或拒絕決定的信函通知。

**\*\*\* 請保留一份您完整填寫的申請表和證明文件的副本 \*\*\***

請將完整填寫的申請提交至本辦公室

郵寄或親自遞交：

掃描並傳送電子郵件

Mayor's Commission for Persons with Disabilities

(市長殘障人士委員會)

One City Hall Square, 967 室

Boston, MA 02201

[disability@boston.gov](mailto:disability@boston.gov)

傳真：617.635.2726

# 波士頓市



## DISABILITIES COMMISSION (殘障人士委員會)

市長 Michelle Wu

### On-Street Accessible Parking Program (路邊無障礙停車計畫) 申請 僅限乘客

請交回至：Boston City Hall, One City Hall Square – Room 967, Boston, MA 02201

電話：617-635-3682 傳真：617-635-2726 TTY:617-635-2541

- 您若一貫或有時開車，請停止並填寫「司機申請表」
- 不完整的申請將不予處理並被退回。
- 申請必須在醫療保健服務提供者證明之後的（60）天內提交。
- 必須包括所有必需的文件。
- 我們可能會要求額外的文件。

#### \*\*\* 重要 \*\*\*

您的申請必須包括以下列出的證明文件：

  
  
  

- 車輛登記卡的副本，其顯示的地址需與申請人住址相符
- 清晰顯示照片、ID 號碼及效期截止日期的殘障停車標牌副本
- 顯示照片和效期截止日期的麻州駕駛執照副本
- 由您的醫師簽名，且日期在申請日期 60 天以內的醫療表格

請工整填寫所有資訊，包括由您的醫師填寫的醫療文件部分。本辦公室沒有在職醫師能夠評估申請人的殘障情況。我們依靠您的醫師來評估您的資格條件，因此請不要發給我們任何病歷、檢查結果、X 光片或顯示您身體狀況的照片。根據不同的情況和條件，申請可能需要長達 4 至 6 週的辦理時間。您將收到關於批准或拒絕決定的電子郵件或信函通知。

#### \*\*\* 請保留一份您完整填寫的申請表和證明文件的副本 \*\*\*

#### 1. 申請人資訊 (申請人指的是有停車需求的殘障人士)

名字 \_\_\_\_\_ 中間名首字母 \_\_\_\_\_ 姓氏 \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_ 電話號碼 \_\_\_\_\_

電子郵件地址 (必填) \_\_\_\_\_

住宅 (您實際居住之處)

地址: \_\_\_\_\_ 地區 \_\_\_\_\_ 郵遞區號: \_\_\_\_\_

郵寄地址 (如不同)

地址: \_\_\_\_\_ 地區 \_\_\_\_\_ 郵遞區號: \_\_\_\_\_

申請人有工作嗎?  有  無

→ 若選擇「有」，申請人的工作是全職還是兼職?  全職  兼職

→ 若選擇「有」，申請人做什麼工作?

## 2. 主要司機資訊 (為申請人提供主要交通運輸服務之人)

主要司機的姓氏 \_\_\_\_\_ 主要司機的名字 \_\_\_\_\_  
地址 \_\_\_\_\_ 單元號碼 \_\_\_\_\_ 地區 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_  
主要司機與申請人的關係 \_\_\_\_\_  
主要司機是否有工作?  是  否  
→ 若主要司機有工作, 其工作時間安排如何?  全職  兼職  其他 \_\_\_\_\_  
主要司機在哪些時間可以開車接送申請人?  上午  下午  晚上  週末  
申請人使用這台車離家的頻率如何?  每天  每週  其他 (有多頻繁? \_\_\_\_\_)  
主要司機開車帶申請人去哪些地方?  上班  購物  看病  其他 \_\_\_\_\_

## 3. 車輛資訊 (車輛必須登記且存放在申請人的地址)

車輛品牌 \_\_\_\_\_ 型號 \_\_\_\_\_ 車牌號碼 \_\_\_\_\_  
麻州 RMV 簽發的殘障標牌號碼 \_\_\_\_\_ 效期截止日期 \_\_\_\_\_  
申請人的麻州駕駛執照號碼 \_\_\_\_\_ 效期截止日期 \_\_\_\_\_  
這台車是否進行了適應性設備 (坡道、升降機、手動控制等) 的改裝?  是  否  
→ 若選擇「是」, 請描述進行的改裝: \_\_\_\_\_

## 4. 房產資訊

申請人或其親屬是否擁有您想在該處設置無障礙停車位的房產?  是  否  
此處是否有任何非路邊停車設施, 例如私家車道、停車場或車庫? \*\*\*  是  否

**\*\*\* 重要 - 您必須報告該地址既有的全部非路邊停車設施, 即使您無法使用它們\*\*\***

→ 若選擇「是」, 您是否有能力也被允許使用這些非路邊停車設施?  是  否  
→ 您若**不能**使用這些非路邊停車設施, 請說明原因: \_\_\_\_\_

申請人是否全年都住在這個地址, 而不會長時間不在?  是  否

→ 您的住所前是否有任何既有的無障礙停車標誌?  是  否

您所在的街區有多少個無障礙停車位?  0  1  2  3  其他 \_\_\_\_\_

請勾選該地址的所有停車限制:  禁止停車  消防栓  公車站  單行道

申請人住在這座房產的幾層樓上?  地下室  1  2  3  4  其他 \_\_\_\_\_

→ 申請人如何進入其房屋/單元?  坡道  電梯或升降機  樓梯 (幾層台階 \_\_\_\_\_)

## 5. 殘障資訊

申請人有什麼殘障? \_\_\_\_\_

申請人的殘障是:  永久性的  暫時性的 (持續時間? \_\_\_\_\_)

哪些**症狀**影響申請人走路? \_\_\_\_\_

若不能在中途停下來休息, 申請人能走幾條街區? \_\_\_\_\_

申請人是否有相關的**醫療**健康原因, 使司機無法上門接送?  是  否

若選擇「是」, 請詳細說明 \_\_\_\_\_

您是否依賴任何移動設備?  是  否

如果您回答“是”, 哪些設備? (請勾選所有適用項)  輪椅  便攜式氧氣  假肢  沃克  手杖

其他（請註明）\_\_\_\_\_

## 6. 申請人授權

本人謹此證明上述資訊真實無誤。我完全理解在我的住所設置無障礙停車標誌並非為我預留供個人使用的停車位。它為任何顯示有效殘障人士車牌或標牌的車輛提供可用的停車位。我了解誤用或不遵守本協議可能會導致標誌被移除。

\_\_\_\_\_  
申請人簽名

\_\_\_\_\_  
日期

## 波士頓市



# On-Street Accessible Parking Space Program (路邊無障礙停車位計畫)

## 醫療資格要求

- The Accessible Parking Space program (無障礙停車位計畫) 適用於因功能極度受限而無法由超過一個城市街區以外的路邊停車位步行往返家中的波士頓居民。
- 申請人必須有預期持續至少 12 個月的殘障，以及包括診斷結果與症狀，並說明該殘障如何妨礙申請人在無人協助的情況下行走任何長遠距離的醫師證明。
- 僅有殘障和醫療狀況並不能保證每位申請人都有資格獲得停車位。由於市內路邊停車位有限，每份申請都將經過若干方面的評估，包括非路邊停車。
- 持有麻州機動車登記處 (RMV) 簽發的殘障停車標牌/殘障車牌/殘障退伍軍人車牌並不能保證獲批得到無障礙停車位。
- 本計畫的醫療資格可能有別於 RMV 殘障停車標牌/殘障車牌/殘障退伍軍人車牌的要求。若想有資格獲得停車位，申請人通常必須具有行走性質的殘障，而麻州 RMV 通常批准具有非行走類殘障的人士，例如有視覺殘障、智能殘障，或失去手或手指的人。
- 在醫療上不依靠輔助設備 (例如輪椅、代步車、助行器、手杖、腋下拐杖、隨身氧氣瓶或義肢) 的申請人可能會被視為不符合資格。
- 本計畫沒有任何「自動」符合資格的類別，例如老人，或患有關節炎、心臟病、肺病、椎管狹窄或任何其他類型殘障等診斷性疾病的人。

## 波士頓市



# On-Street Accessible Parking Space Program (路邊無障礙停車位計畫)

## 規則與條例

- 設置無障礙停車位並不為任何人預留供其個人使用的停車位 - 這些停車位可供任何持有麻州機動車登記處 (RMV)、美國任何其他州或加拿大簽發的殘障停車標牌/殘障車牌/殘障退伍軍人車牌的車輛使用。
- 在無障礙車位停泊的車輛仍需遵守其他標示在街道上的停車規定，例如清掃街道、雪天緊急情況或其他情況。
- 顯示有效殘障停車標牌/殘障車牌/殘障退伍軍人車牌的車輛可在標有「僅限居民停車」的社區使用其無障礙停車位。
- 除非有居民停車許可貼紙，否則顯示有效殘障停車標牌/殘障車牌/殘障退伍軍人車牌的車輛**不能**在標有「僅限居民停車」的社區使用其普通路邊停車位。
- 無障礙停車位的設置將保持一至兩年，之後須由申請人續期。若不將續期文件提交至本辦公室，停車位可能會被移除。
- 若申請人的殘障情況、住址或資格條件發生變化，無障礙停車位可能會被移除。如出現任何此類變更，申請人或其家人需通知委員會。
- 無障礙停車標誌為波士頓市的財產，不得擅自對其進行改動，例如私自安裝或拆除、在標桿或路緣上刷漆，或以其他方式誤用標誌。
- 任何誤用、濫用或違反這些規則與條例的行為，或在設置無障礙停車位後進行誤用，都可能導致標誌被拆除。
- 波士頓市無障礙停車位計畫是由波士頓殘障人士委員會與波士頓交通部聯合開展的計畫，旨在為行走能力極度有限的居民提供便利。由於全市各地的路邊停車位都有限，我們無法批准每一份提交至本辦公室的申請。

# 波士頓市



## On-Street Accessible Parking Space Program (路邊無障礙停車位計畫)

### 一般資格要求

- 申請人必須是以租戶或房主身份全年居住在波士頓市的居民，且不會長時間離開住所，例如在學年期間住在大學校園，或在其他地方過冬。
- 申請人必須持有麻州機動車登記處 (RMV) 簽發的有效殘障停車標牌/殘障車牌/殘障退伍軍人車牌。
- 申請人的住所**不能**有其可及可用的非路邊停車位，例如私家車道、車庫、停車場或契約式停車位。
- 申請人必須有一輛在其地址登記的車輛，其主要用途是申請人以開車或乘車的方式使用的個人交通工具 - 此要求**絕無**例外。
- 自己不開車且能合理在其住所前得到接送的申請人，或作為乘客且不是每天用車的申請人可能會被拒絕 - 本計畫旨在為殘障居民提供更大的可達性，而不是主要為其家人提供停車位。
- 僅乘車而不開車的申請人必須與其主要司機住在同一地址。
- 由交通運輸/接載服務接送的申請人不符合本計畫的資格條件 - 我們不能在裝卸區為接送之緣故設置無障礙停車標誌。
- 申請人必須滿足所有醫療要求，包括妨礙其步行超過 1 個城市街區的嚴重行走性殘障的診斷及症狀。
- 填寫申請時的任何虛假陳述，無論是蓄意還是無意，或在設置無障礙停車標誌後進行濫用，都可能導致標誌立即被移除。
- 波士頓市無障礙停車位計畫是由波士頓殘障人士委員會與波士頓交通部聯合開展的計畫，旨在為行走能力極度有限的居民提供便利。由於全市各地的路邊停車位都有限，我們無法批准每一份提交至本辦公室的申請。

CITY OF BOSTON



DISABILITIES COMMISSION

Mayor Michelle Wu

On-Street Accessible Parking Space Program

Medical Documentation Form

This form must be filled out completely by the applicant's Primary Care Physician or a Licensed Specialist. Information must include the Physician's registration number and their signature. Please type or print clearly.

Instructions for Provider: Your patient, named below, is applying for an On-Street Accessible Parking Space (aka Accessible Space) near their home in the City of Boston. To qualify for this program, we need specific information from you about your patient's medical diagnosis and functional limitations. A person must have a physical limitation which prevents them from getting to their home from an on-street parking space farther than one block away. Please read this form in its entirety and complete it accurately to the best of your knowledge only for those patients who you have personally treated and diagnosed with a severely limited ability to walk.

Patient (Applicant) Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Clinical Diagnosis (Required): \_\_\_\_\_ (NO ICD CODES)

Describe Patient SYMPTOMS: \_\_\_\_\_

Duration of patient's disability (Check One): x Permanent x Temporary (How long? \_\_\_\_\_)

How does this medical condition affect their ability to walk? \_\_\_\_\_

How many city blocks can this patient walk? [ ] 1 [ ] 1 1/2 [ ] 2 [ ] 3 [ ] Other \_\_\_\_\_

Have you prescribed any medically necessary mobility devices for this patient? [ ] Yes [ ] No

→If "yes," which devices have you prescribed? [ ] Wheelchair [ ] Portable oxygen [ ] Cane [ ] Other \_\_\_\_\_

How long has this patient been under your care for this condition? \_\_\_\_\_

How often do you see this patient? [ ] Annually [ ] Monthly [ ] Weekly [ ] Other \_\_\_\_\_

Does this patient receive medical treatment / therapy outside of their home on a regular basis? [ ] Yes [ ] No

→If "Yes," what treatment / therapy do they receive? \_\_\_\_\_

→How often do they leave their home for this treatment? [ ] Daily [ ] Weekly [ ] Other \_\_\_\_\_

Healthcare Provider Certification and Signature (Required)

I am: [ ] Medical Doctor [ ] Chiropractor [ ] Registered Nurse [ ] Physician Assistant [ ] Other \_\_\_\_\_

Provider's Name (printed clearly): \_\_\_\_\_

MA Board of Registration Number: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

Name of Hospital/Clinic of Medical Practice: \_\_\_\_\_

Address of Medical Practice: \_\_\_\_\_

I hereby certify that the above information is true and accurate under the pains and penalties of perjury.

\_\_\_\_\_  
Provider Signature

\_\_\_\_\_  
Date