

波士顿市



On-Street Accessible Parking Space Program (路边无障碍停车位计划)

申请说明

感谢您在提交无障碍停车位 (APS) 的申请前抽时间阅读这些说明。仔细按照说明进行申请有助于避免审核过程中的延误, 以便我们能及时确定您的资格条件。

请务必完整回答所有问题。不完整的申请将被退回。

***** 重要 *****

您在提交申请时必须随附以下列出的支持文件：

- 车辆登记卡副本, 其显示的地址需与申请人住所相符
- 清晰显示照片、ID 号码和有效期限的残障停车标牌副本
- 显示照片和有效期限的马萨诸塞州驾驶执照副本
- 由您的医生签名, 且日期在申请日期 60 天以内的医疗表格

所有信息都必须清晰工整。我们依靠您的医生来评估您的资格条件, 因此请不要发给我们任何病历、检查结果、X 光片或显示您残障情况的照片。我们没有在职医生可以评估申请人的残障情况。

根据不同的情况和条件, 申请可能需要长达 4 到 6 周的办理时间。您将收到关于批准或拒绝决定的信件通知。

***** 请保留一份您完整填写的申请表和支持文件的副本 *****

请将完整填写的申请提交至本办公室

邮寄或亲临递交：

扫描并电邮

Mayor's Commission for Persons with Disabilities

(市长残疾人委员会)

One City Hall Square, 967 房间
Boston, MA 02201

disability@boston.gov

传真：617.635.2726

波士顿市



DISABILITIES COMMISSION (残疾人委员会)

市长 Michelle Wu

On-Street Accessible Parking Program (路边无障碍停车计划) 申请

仅限司机

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

电话：617-635-3682 传真：617-635-2726 TTY:617-635-2541

- 不完整的申请将不予处理并被退回。
- 申请必须在医疗保健服务提供者证明后的 (60) 天内提交至残疾人委员会。
- 必须包括所有必需的文件。
- 我们可能会要求额外的文件。

***** 重要 *****

您的申请必须包括以下列出的支持文件：

车辆登记卡的副本，其显示的地址需与申请人住址相符

清晰显示照片、ID 号码和有效期限的残障停车标牌副本

显示照片和有效期限的的萨诸塞州驾驶执照副本

由您的医生签名，且日期在申请日期 60 天以内的医疗表格

请工整填写所有信息，包括由您的医生填写的医疗文件部分。本办公室没有任何在职医生能够评估申请人的残障情况。我们依靠您的医生来评估您的资格条件，因此请不要发给我们任何病历、检查结果、X 光片或显示您状况的照片。

根据不同的情况和条件，申请可能需要长达 4 到 6 周的办理时间。您将收到关于批准或拒绝决定的电子邮件或信件通知。

***** 请保留一份您完整填写的申请表和支持文件的副本 *****

1. 申请人信息 (申请人指的是有停车需求的残障人士)

名字 _____ 中间名首字母 _____ 姓氏 _____

出生日期 _____ 电话号码 _____

电子邮件地址 (必填) _____

住址 (您实际居住之处)

地址: _____ 地区 _____ 邮政编码: _____

邮寄地址 (如不同)

地址：_____ 地区 _____ 邮政编码：_____

您有工作吗？ 有 无

如果选择“有”，您的工作是全职还是兼职？ 全职 兼职

如果选择“有”，您做什么工作？ _____

2. 车辆信息 (车辆必须登记且存放在申请人的地址)

车辆品牌 _____ 型号 _____ 车牌号码 _____

马萨诸塞州 RMV 签发的残障车牌号码 _____ 有效期限 _____

申请人的马萨诸塞州驾驶执照号码 _____ 有效期限 _____

这辆车是否进行了适应性设备（坡道、升降机、手动控制等）的改装？ 是 否

如果选择“是”，请描述进行的改装： _____

您用这辆车出门的频率如何？ 每天 每周 其他（使用频率？ _____）

请说明您使用这辆车前往的去处： _____

3. 房产信息

您或您的亲戚是否拥有您想在该处设置无障碍停车位的房产？ 是 否

此处是否有**任何**非路边停车设施，例如私人车道、停车场或车库？ *** 是 否

***** 重要 - 您必须报告该地址现有的全部非路边停车设施，即使您无法使用它们 *****

如果您选择了“是”，您是否有能力也被允许使用该非路边停车设施？ 是 否

如果您**不能**使用这些非路边停车设施，请说明原因： _____

您是否全年都住在这个地址，而不会长时间离开？ 是 否

您的住所前是否有任何既有的无障碍停车标志？ 是 否

您所在的街区设有多少个无障碍停车位？ 0 1 2 3 其他 _____

请勾选该地址的所有停车限制： 禁止停车 消防栓 公交车站 单行道

您住在这座房产的几层楼上？ 地下室 1 2 3 4 其他 _____

您如何进入您的房屋/单元？ 坡道 电梯或升降机 楼梯（几层台阶 _____）

4. 残障信息

请问您有什么残障？ _____ 这是： 永久性的 暂时性的（持续时间？ _____）

哪些**症状**影响您走路？ _____

如果不在中途停下来休息，您能走几条街区？ _____

您是否依赖任何移动设备？ 是 否

如果您回答“是”，哪些设备？（请勾选所有适用项） 轮椅 便携式氧气 假肢 沃克 手杖

其他（请注明） _____

5. 申请人授权

本人谨此证明上述信息真实无误。我完全理解在我的住所设置无障碍停车标志并非为我预留供个人使用的停车位。它为任何显示有效残障人士车牌或标牌的车辆提供可用的停车位。我明白误用或不遵守本协议可能会导致标志被移除。

_____ 申请人签名

_____ 日期

波士顿市



On-Street Accessible Parking Space Program (路边无障碍停车位计划)

医疗资格条件要求

- The Accessible Parking Space program (无障碍停车位计划) 适用于因功能极度受限而无法从超过一个城市街区以外的路边停车位步行往返家中的波士顿居民。
- 申请人必须有预期持续至少 12 个月的残障，以及包括诊断结果和症状，并说明该残障如何妨碍申请人在无人帮助的情况下行走任何长远距离的医生证明。
- 仅有残障和医疗状况并不能保证每个申请人都有资格获得停车位。鉴于市内路边停车位有限，每份申请都将经过若干方面的评估，包括非路边停车。
- 持有马萨诸塞州机动车登记处 (RMV) 签发的残障停车标牌/残障车牌/残障退伍军人车牌并不能保证获批得到无障碍停车位。
- 本计划的医疗资格可能有别于 RMV 残障停车标牌/残障车牌/残障退伍军人车牌的要求。要想有资格获得停车位，申请人通常必须具有行走性质的残障，而马萨诸塞州 RMV 通常批准具有非行走类残障的人士，例如有视力残障、智力残障，或失去手或手指的人。
- 在医疗上不依靠辅助设备（例如轮椅、代步车、助行器、手杖、腋下拐杖、便携式氧气或假肢）的申请人可能会被视为不符合资格。
- 本计划没有任何“自动”符合资格的类别，例如老年人，或患有关节炎、心脏病、肺病、椎管狭窄或任何其他类型残疾等诊断性疾病的人。

波士顿市



On-Street Accessible Parking Space Program (路边无障碍停车位计划)

规则与条例

- 设置无障碍停车位并不为任何人预留供其个人使用的停车位 - 这些停车位可供任何持有马萨诸塞州机动车登记处 (RMV)、美国任何其他州或加拿大签发的残障停车标牌/残障车牌/残障退伍军人车牌的车辆使用。
- 在无障碍车位停泊的车辆仍需遵守其他标志在街道上的停车规定，例如扫街、雪天紧急情况或其他情况。
- 显示有效残障停车标牌/残障车牌/残障退伍军人车牌的车辆可以在标有“仅限居民停车”的社区使用其无障碍停车位。
- 除非有居民停车许可贴纸，否则显示有效残障停车标牌/残障车牌/残障退伍军人车牌的车辆**不能**在标有“仅限居民停车”的社区使用其普通路边停车位。
- 无障碍停车位的设置将保持一至两年，之后必须由申请人续期。如果不将续期文件提交至本办公室，停车位可能会被移除。
- 如果申请人的残障情况、住址或资格条件发生变化，无障碍停车位可能会被移除。如果出现任何此类变更，申请人或其家人需通知委员会。
- 无障碍停车标志是波士顿市的财产，不得擅自对其进行改动，例如私自安装或拆除、在标杆或路沿上刷漆，或以其他方式误用标志。
- 任何误用、滥用或违反这些规则与条例的行为，或在设置无障碍停车位后进行误用，都可能导致标志被拆除。
- 波士顿市无障碍停车位计划是由波士顿残疾人委员会和波士顿交通部联合开展的计划，旨在为行走能力极度有限的居民提供便利。由于全市各地的路边停车位都有限，我们无法批准每一份提交至本办公室的申请。

波士顿市



On-Street Accessible Parking Space Program (路边无障碍停车位计划)

一般资格要求

- 申请人必须是以租户或房主身份全年居住在波士顿市的居民，且不会长时间离开住所，例如在学年期间住在大学校园，或在其他地方过冬。
- 申请人必须持有马萨诸塞州机动车登记处 (RMV) 签发的有效残障停车标牌/残障车牌/残障退伍军人车牌。
- 申请人的住所**不能**有其可及可用的非路边停车位，例如私人车道、车库、停车场或契约式停车位。
- 申请人必须有一辆在其地址注册，其主要用途是申请人（可以作为司机或乘客）的个人交通工具的车辆 - 此要求**绝无例外**。
- 自己不开车且能合理在其住所前得到接送的申请人，或作为乘客且不是每天用车的申请人可能会被拒绝 - 本计划旨在为残障居民提供更大的可及性，而不是主要为其家人提供停车位。
- 仅乘车而不开车的申请人必须与其主要司机住在同一地址。
- 由交通/接载服务接送的申请人不符合本计划的资格 - 我们不能在装卸区为接送的缘故设置无障碍停车标志。
- 申请人必须满足所有医疗要求，包括妨碍其步行超过 1 个城市街区的严重行走性残障的诊断和症状。
- 填写申请时的任何虚假陈述，无论是蓄意还是无意，或在设置无障碍停车标志后进行滥用，都可能导致标志立即被移除。
- 波士顿市无障碍停车位计划是由波士顿残疾人委员会和波士顿交通部联合开展的计划，旨在为行走能力极度有限的居民提供便利。由于全市各地的路边停车位都有限，我们无法批准每一份提交至本办公室的申请。

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