

# 斯波坎平旋低橋（低橋） 挽救生命醫療護理通行證申請

由衛生保健提供者確定、需要通過低橋來往於醫療機構接受挽救生命護理的個人

授權僅適用於那些與救生醫療護理特別相關的出行，同時要得到您的衛生保健提供者確定延長往返西西雅圖的出行時間將對您的健康造成有害風險。

常規出行、非緊急檢查、例行孕期檢查、免疫接種或任何其他非緊急醫療預約均不允許用低橋通行。

## 申請通行證的步驟

- 1: 完成第一部分：申請人信息
- 2: 讓您的衛生保健提供者完成 第2部分：衛生保健提供者信息，並提供辦公室蓋章或在處方紙或醫療辦公室信箋紙上提交單獨的、經簽名的授權書
- 3: 將第1部分、第2部分和已簽名的授權通過電子郵件發送到 [LowBridgeAccess@seattle.gov](mailto:LowBridgeAccess@seattle.gov) (可以是文檔的掃描件或照片), 或郵寄到：  
Traffic permits, ATTN WSB, Seattle Dept. of Transportation, PO Box 34996, Seattle, WA 98124-4996
- 4: 提交此表格並不意味著您獲得低橋通行證。您必須先收到SDOT的確認，然後才能使用低橋。

如有疑問，如果您需要翻譯的情況下得到幫助，或需要幫助填表，請聯繫 [LowBridgeAccess@seattle.gov](mailto:LowBridgeAccess@seattle.gov) 或 206-400-7511。請留下語音留言，其中包含您的姓名、聯繫信息和語言需求。然後將有人回復您的電話。

## 第一部分：申請人信息

請用正楷或打字 (姓、名、中間名首字母)			
郵件地址 (PO信箱或街道地址和公寓號碼, 如適用)		市	州 郵政編碼
(電話區號) 日間電話	電子郵件地址:		
衛生保健提供者姓名 (填寫第二部分內容的負責人的名和姓)		申請類型 新的申請 延長對此前已批准的申請	
最多兩個車牌：一個用於您自己，一個作為輔助車牌或給您的護士或護理人員。			
車牌一	州	車牌二 (如需)	州



申請人或授權代表的簽名 簽名，請點擊簽署

簽署即表示您確認理解並遵守本條款和條件以及本頁背面的隱私聲明。



# 斯波坎平旋低橋（低橋） 挽救生命醫療護理通行證申請

### 低橋通行證條款及條件：

- 1：您的衛生保健提供者將確定您的臨床狀況和治療計劃，是否讓您有足夠的理由在來往於醫療預約和治療的情況下使用低橋，請不要在此申請表上分享有關您的醫療狀況或治療的任何信息。
- 2：此表格和您的衛生保健提供者單獨簽署的授權書必須在每月的15日之前通過電子郵件或郵寄提交給SDOT，以確保下個月的通行。例如，對於6月1日開始的通行，SDOT必須在5月15日之前收到您填妥的表格。
- 3：授權僅適用於那些與救生醫療護理相關的出行，您的衛生保健提供者將根據您的醫療狀況來確定更短的行程對您是否有必要。
- 4：常規出行、非緊急檢查、例行孕期檢查、免疫接種或任何其他非緊急醫療預約均不允許用低橋通行。
- 5：如果低橋上的流量過多或由於其他交通管制需求，我們隨時有可能中斷您通過低橋。如果是這種情況，我們將會通知您。
- 6：您在低橋的通行次數有可能會受到限制。如果您超過該次數，您的通行可能會被中斷。
- 7：通行證的授權期限為90天。如果挽救生命的治療持續超過90天，則必須填寫一份新的申請表，並每90天提交一次，以重新加入通行計劃。
- 8：提交填妥的救生醫療通行證申請表並不能保證您將獲得進入低橋的權限。不完整或不正確的申請表或文件可能會導致延遲或拒絕。如果您被批准通行，我們會在您開始通行之前的該月22日通過電子郵件將批准信函發送給您。請保留批准信函作為記錄。您必須先收到電子郵件批准函，然後才能使用低橋。如果您在未經許可的情況下在低橋上行駛，則每次於受限時間內在低橋上行駛都將獲得75美元的罰單。受限時間為工作日上午5點至晚上9點以及週末上午8點至晚上9點。

### 隱私權，數據和公開披露要求：

SDOT將記錄每個授權車牌號碼進出低橋的次數和時間。您申請低橋通行證，即表示您同意將此低橋出行信息用於監控和評估目的。此出行日誌還受《華盛頓公共記錄法》的約束，並可能會向第三方請求者披露。

與SDOT共享的個人信息（包括您的姓名和車牌號）受《華盛頓公共記錄法》的約束，並可能會透露給第三方請求者。在西雅圖市，我們致力於保護您的隱私，並將確保任何披露均依法進行。要了解有關如何管理此信息的更多信息，請參閱我們的隱私聲明：[www.seattle.gov/tech/initiatives/privacy/privacy-statement](http://www.seattle.gov/tech/initiatives/privacy/privacy-statement)。



## 西西雅圖高架橋項目

# 斯波坎平旋低橋（低橋） 挽救生命醫療護理通行證申請

## 第二部分：衛生保健提供者

在申請人填寫了第1部分之後，醫生、醫師或註冊護士從業者填寫本部分。

### 衛生保健提供者信息：

除了填寫並簽署以下部分之外，您還必須在此文檔上提供辦公室/提供者蓋章，或用辦公室信箋或處方紙上提供單獨的簽名授權，說明以下內容：

- 1: 申請人名稱以及
  - 2: 他們正在接受挽救生命的治療，此條件使他們有資格獲得低橋通行的權限。
- 請不要分享有關您患者的醫療信息。將此表格和您的簽名授權書交還給申請人。

請用正楷或打字填寫衛生保健提供者的名稱（姓、名、中間名首字母）			
專業類別	專業執照號碼		
辦公室地址（PO郵箱或街道地址及樓宇/房號，如適用）	市	州	郵政編碼
（電話區號）日間電話	電子郵件地址		

患者名稱（姓、名、中間名首字母）
------------------

### 回答以下內容：

我的患者正在接受挽救生命的醫療服務，往返西西雅圖出行時間的延長，對我的患者是有害的。救生醫療的例子包括但不限於在需要往返於西西雅圖的設施中進行的化療、放射透析和輸血。

我證明上述申請人正在接受挽救生命的醫學治療，所以有必要使用斯波坎街平旋低橋（低橋）往返於醫療預約之間。

我已經在信箋紙或處方紙上蓋了辦公室/提供者的印章或以單獨簽名提供了授權。

--

蓋章

日期及場所（市/縣）簽名：

\_\_\_\_\_

提供者在此簽署 (MD, DO, ND, ARNP, or CNM)

車牌號碼 \_\_\_\_\_



**Seattle**  
Department of  
Transportation

西雅圖交通運輸部