

待命醫務工作者的斯波坎街平旋橋(低橋)通行申請表

適用於要求使用低橋往來於工作場所的待命醫務工作者, 需經醫療雇主的證明

- 授權僅適用於以下醫務工作者:
 - 居住或工作於西西雅圖
 - 在待命的情況下需往來位於Duwamish Waterway對岸的工作場所或醫療設施。
- 對於常規及非緊急性的醫務輪班工作的出行, 不允許使用低橋。

申請通行的步驟:

- 1: 完成第1部分: 申請人信息
- 2: 讓您的醫療雇主完成第2部分: 醫療雇主信息
- 3: 通過電郵將第1部分、第2部分以及經簽署的授權書發送至 LowBridgeAccess@seattle.gov (可掃描或拍照) 或郵寄到交通許可辦公室: Traffic permits, ATTN WSB, Seattle Dept. of Transportation, PO Box 34996, Seattle, WA 98124-4996
- 4: 提交此表格不代表您取得通過低橋的許可證。您必須收到SDOT的確認之後方可使用低橋。

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 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1部分: 申請者信息

用正楷填寫或打字, 名稱 (姓、名、中間名首字母)			
郵寄地址 (PO信箱或街道地址和公寓號, 如適用)		城市	州 郵政編碼
(電話區號) 日間電話	電子郵件		
您就職的醫院或醫療辦公室名稱		醫療雇主 (您的雇主完成第2部分)	
最多2個車牌: 一個自用; 另一個根據需要作為輔助車輛。			
車牌一	州	車牌二 (如需)	州

X

申請人或授權代表的簽名

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。



待命醫務工作者的斯波坎街平旋橋(低橋)通行申請表

低橋通行條款及條件：

- 1: 您和您的雇主簽署的這份表格必須在每月15日之前通過電子郵件或郵寄的方式提交給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日之前收到您填寫的表格。
- 2: 此授權僅適用於專門與醫務待命工作相關的出行, 工作人員必須及時到達工作場所。
- 3: 對於常規性的工作通勤, 不允許使用低橋。
- 4: 此通行是臨時且受限制的。我們將在2021年下半年減少或撤銷許多團體的低橋通行證, 以使這座橋有增加貨運量的能力。
- 5: 如果低橋上的交通流量過多或由於其他交通管制的需求, 我們可能會隨時中斷您對低橋的通行。如果是這種情況, 您將會收到通知。
- 6: 您在低橋上的通行次數可能會受到限制。如果您超過該次數, 您的通行有可能會被中斷。
- 7: 提交完整的“待命醫務工作者通行”申請表並不能保證您將獲得低橋的通行證。不完整或不正確的申請表或文檔可能會導致延遲或拒絕。如果您獲批准通行, 我們則會在開始通行前一個月的22日或之前通過電子郵件將記錄批准的信函發送給您。請保留批准書作為記錄。您必須先收到批准電子郵件, 然後才能使用低橋。如果您在未經許可的情況下在低矮上行駛, 則每次在受限時間內穿過橋將會收到75美元的罰單。受限時間為工作日上午5點至晚上9點和周末上午8點至晚上9點。

隱私權、數據及公開披露要求:

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)。)



西西雅圖高架橋項目

待命醫務工作者的斯波坎街平旋橋(低橋)通行申請表

第2部分: 醫療雇主信息

申請人填妥第1部分後, 醫療雇主填寫此部分

醫療雇主信息:

請填寫以下部分, 聲明:

我證明 _____ [僱員名稱], 就職於 _____ [醫院或醫療辦公室], 此僱員被要求出行去執行待命工作, 故符合資格使用低橋。

請把簽署好的表格交還給申請人。

用正楷填寫或打印您的名稱 (姓, 名, 中間名首字母)			
在醫療機構的職務/角色 (HR/CTR/其他)			
郵寄地址 (PO信箱或街道地址和公寓號, 如適用)	城市	州	郵政編碼
(電話區號) 日間電話	電子郵件		

回答以下:

我證明以上第1部分中所列的僱員在以上第1部分中所列的醫院或醫療辦公室從事待命輪班工作, 並且他/她是需要出行去執行待命工作的僱員, 故他/她有資格獲得低橋通行的資格。

簽署日期及地點(市或縣):

X

雇主在此簽署。(HR代表或醫療機構的其他經授權提供此聲明的行政代表)



Seattle
Department of
Transportation

WEST SEATTLE HIGH-RISE BRIDGE PROJECT

SPOKANE ST SWING BRIDGE (LOW BRIDGE) APPLICATION FORM: ON-CALL MEDICAL WORKER ACCESS

SECTION 2: MEDICAL EMPLOYER

MEDICAL EMPLOYER FILLS OUT THIS SECTION AFTER APPLICANT FILLS OUT SECTION 1.

MEDICAL EMPLOYER INFORMATION:

Please fill out the section below stating:

I certify that _____ [employee's name] works at _____
_____ [hospital or medical office] and this employee is required to travel for on-call work shifts, qualifying
them for low bridge access.

Return this signed form to the applicant.

PRINT OR TYPE Name of Employer Filling out Section 2 (<i>Last, First, Middle Initial</i>)				
Job Title/Role at Medical Employer Institution (<i>HR/CTR/Other</i>)				
Office Address (<i>PO Box or street address and building/suite number, if applicable</i>)		City	State	ZIP Code
Office (Area code) Daytime Phone	Email Address			

ANSWER THE FOLLOWING:

I certify that the employee listed in Section 1 above responds to on-call work shifts at hospital or medical office listed in Section 1 above and they are an employee required to travel for on-call work shifts qualifying them for low bridge access.

Date and Place (City/County) Signed:

X

Employer signs here (HR representative or other medical institution
administrative representative authorized to provide this information)



Seattle
Department of
Transportation