

낮은 스포캔 스트리트 스윙 브릿지 (저층 다리) 호출 대기 의료 종사자 통행 신청서

의료 고용주가 검증한대로, 대기 중 근무 교대로 저층 다리의 통행을 요청하는 의료 종사자 용

- 다음 경우에 해당하는 의료 종사자만 승인받을 수 있습니다:
 - 웨스트 시애틀에서 거주 또는 근무함
 - 대기 중 근무 교대로 Duwamish Waterway 의 반대편에 있는 근무지 또는 의료 시설에 가야하는 경우
- 의료 근무 시간이 미리 정해져 있거나 긴급하지 않은 이동일 경우에는 저층 다리 접근이 허용되지 않습니다.

통행을 요청하는 단계:

- 1: 섹션 1을 작성하십시오: 지원자 정보
- 2: 의료 고용주가 섹션 2: 의료 고용주 정보를 작성하도록 하십시오
- 3: 섹션 1, 섹션 2 및 서명된 승인서를 lowbridgeaccess@seattle.gov 로 이메일 (스캔 또는 문서의 사진 가능)하십시오. 우편으로 보내실 곳 주소는: Traffic permits, ATTN WSB, Seattle Dept. of Transportation, PO Box 34996, Seattle, WA 98124-4996
- 4: 이 양식을 제출한다고 해서 저층 다리에 접근할 수 있는 것이 아닙니다. 저층 다리를 사용하려면 먼저 시애틀 교통국의 확답을 받아야합니다.

질문이 있거나 당신의 언어로 도움이 필요하거나 본양식에 도움이 필요하면, LowBridgeAccess@seattle.gov 또는 206-400-7511로 연락하십시오. 이름, 연락처, 필요한 언어를 보이스 메일로 남기면, 누군가가 당신에게 연락할 것입니다.

섹션 1: 신청자 정보

이름을 정자체로 쓰시거나 입력하세요 (성, 이름, 중간 이니셜)			
우편을 보낼 주소 (주소가 사서함이거나, 거리 주소 및 아파트 번호가 있다면 적어주십시오)		도시	주 우편번호
(지역번호) 낮시간 전화번호	이메일 주소		
귀하가 근무하는 병원 또는 의료 사무실의 이름		의료 고용주 (귀하의 고용주는 섹션 2 작성)	
최대 2 개의 번호판: 필요에 따라 하나는 본인 용이고 다른 하나는 보조 차량용입니다.			
번호판 1	주	번호판 2 (필요시)	주



신청자 또는 권한을 부여받은 대리인 서명

서명을 하므로써 당신은 이 뒷장에 있는 조건 과 개인정보 정책을 인정하고 이해하며 그내용 에 순응할 것입니다.



Seattle
Department of
Transportation

웨스트 시애틀 고가 다리 프로젝트

낮은 스포캔 스트리트 스윙 브릿지 (저층 다리) 호출 대기 의료 종사자 통행 신청서

저층 다리 이용 약관:

- 1: 귀하와 귀하의 고용주가 서명한 이 양식은 다음 달 접근성 보안을 위해 해당 월 15일까지 이메일 또는 우편으로 시애틀 교통국에 제출해야 합니다. 예를 들어, 6월 1일부터 액세스하려면 시애틀 교통국은 5월 15일까지 작성한 양식을 받아야 합니다.
- 2: 승인은 근로자가 적시에 직장에 도착해야 하는 의료 현장 근무 교대와 관련된 출장에만 적용됩니다.
- 3: 정기적으로 예정된 작업 교대로 출퇴근하는 경우 저층 다리 접근이 허용되지 않습니다.
- 4: 이 접근은 일시적이며 제한적입니다. 2021년 후반에는 많은 그룹의 다리 접근을 줄이거나 취소하여 화물 운송량을 늘릴 것입니다.
- 5: 저층 다리에 교통량이 너무 많거나 다른 교통 관리의 필요성을 이유로 접근이 언제든지 중단될 수 있습니다. 이 경우 알림이 전송됩니다.
- 6: 낮은 다리에서 통행하는 횟수에 제한이 있을 수 있습니다. 해당 통행 횟수를 초과하면 접근 승인이 중단될 수 있습니다.
- 7: 호출 대기 의료 종사자 통행 신청서를 완전히 작성하여 제출한다고 해서 저층 다리에 대한 접근이 보장되는 것은 아닙니다. 불완전하거나 부정확한 신청서 또는 문서는 지연 또는 거부를 초래할 수 있습니다. 접근이 승인되면 접근 시작 전 달 22일까지 승인 문서가 이메일로 발송됩니다. 기록을 남기기 위해 승인 편지를 보관하십시오. 저층 다리를 사용하려면 승인 이메일을 받아야 합니다. 승인없이 저층 다리에서 운전하게 되면, 통행이 제한된 시간에 운전할 때마다 \$75 티켓을 받게 됩니다. 제한 시간은 평일 오전 5시부터 오후 9시까지, 주말 오전 8시부터 오후 9시까지입니다.

개인 정보 보호, 데이터 및 공개 요청:

시애틀 교통국은 각 승인 된 번호판 번호로 이루어진 저층 다리 통행 횟수와 시간을 기록합니다. 저층 다리 통행을 요청함으로써 귀하는 모니터링 및 평가 목적으로 통행 정보를 사용하는 데 동의하는 것입니다. 이 통행 일지는 워싱턴 공공 기록법의 적용을 받으며 제 3 자 요청자에게 공개될 수 있습니다.

귀하의 이름 및 번호판 번호를 포함하여 시애틀 교통국과 공유된 개인 정보는 워싱턴 공공 기록법의 적용을 받으며 제 3 자 요청자에게 공개 될 수 있습니다. 시애틀 시에서는 개인 정보를 보호하기 위해 최선을 다하고 있으며 모든 공개가 법에 따라 이루어 지도록 할 것입니다. 이 정보가 관리되는 방법에 대한 자세한 내용은 개인 정보 보호 정책 (www.seattle.gov/tech/initiatives/privacy/privacy-statement)을 참조하십시오.



웨스트 시애틀 고가 다리 프로젝트

낮은 스포캔 스트리트 스윙 브릿지 (저층 다리) 호출 대기 의료 종사자 통행 신청서

섹션 2: 의료 고용주 정보

의료 고용주는 신청자가 섹션 1을 작성한 후 이 섹션을 작성합니다.

의료 고용주 정보:

아래 섹션을 작성하십시오:

본인, _____ [직원 이름], _____ [병원 또는 의료 사무실]에서 근무하며 이 직원이 대기중인 근무 교대를 위해 출장해야하며 저층 다리를 통행할 자격이 있음을 확인합니다.

이 서명된 양식을 신청자에게 돌려주십시오.

이름을 정자체로 쓰시거나 입력하세요 (성, 이름, 중간 이니셜)			
의료 시설에서의 직급/업무 (HR/CTR/기타)			
근무지 주소 (해당된다면, PO Box 또는 거리주소와 아파트 번호)	도시	주	우편번호
(지역번호) 낮시간 전화번호	이메일 주소		

다음 질문에 답하십시오:

본인은 섹션 1에 명시된 직원이 섹션 1에 명시된 병원 또는 의료 사무실의 호출에 응답하는 대기 직원임을 확인하며, 호출 시 교대 근무를 위해 저층 다리를 통행할 자격을 갖춘 직원임을 확인합니다.

서명한 날짜와 장소 (도시 또는 카운티):

X

고용주는 여기에 서명합니다. (이 진술서를 제공할 권한이 있는 HR 담당자 또는 기타 의료 기관 행정 담당자)



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