

# Aplikasyon para sa Serbisyong Paratransit ng ADA

## MAHALAGANG IMPORMASYON PARA SA MGA APLIKANTE

**Ang paketeng ito ay naglalaman ng impormasyon at mga pormularyo na kailangan ninyo upang mag-aplay para sa pagiging karapat-dapat sa paratransit sa San Francisco Bay Area. Bilang bahagi ng mga pangangailangan ng Americans with Disabilities Act (ADA), ang serbisyo ng paratransit ay ipinagkakaloob ng lahat na mga sistema ng pampublikong transportasyon. Itong espesyal na uri ng serbisyo ng pampublikong transportasyon ay limitado sa mga tao na hindi kayang mag-isang gumamit ng regular na pampublikong transportasyon, minsan o sa lahat ng oras, dahil sa isang kapansanan o kondisyong kaugnay sa kalusugan.**

Upang gumamit ng serbisyong paratransit ng ADA, dapat kayo ay mapatunayan bilang karapat-dapat. Ang pagiging karapat-dapat ay pinagpapasiyahan batay sa bawat kaso. Alinsunod sa mga regulasyon ng ADA, ang pagiging karapat-dapat ay mahigpit na limitado sa iyang may partikular na mga limitasyon na humahadlang sa kanila mula sa paggamit ng makukuhang pampublikong transportasyon.

Ang inyong aplikasyon ay maaaring aprobahan para sa ganap na pagiging karapat-dapat (walang kondisyon) o sa limitadong batayan para sa ilang mga biyahe lamang (may-kondisyon sa pagiging karapat-dapat). Kung matuklasang kayo ay may kakayahang gumamit ng regular na bus at rail transit para sa lahat ng mga biyahe, nang walang tulong mula sa isa pang tao, hindi kayo magiging karapat-dapat para sa paratransit.

**Upang mag-aplay para sa pagiging karapat-dapat, dapat ninyong makumpleto nang buo ang kalakip na pormularyo ng aplikasyon.** Aming rerepasuhin ang inyong kakayahang gumamit ng makukuhang pampublikong transportasyon. Pagkatapos mapag-aralan ang inyong aplikasyon, maaaring mangailangan kami ng higit pang impormasyon. Maaaring kailangan naming:

- Tawagan kayo sa telepono
- Magtakda ng iskedyul para sa isang personal na panayam o isang pagtataya ng pagganap ng gawain (functional evaluation), o
- Komunsulta sa inyong doktor, propesyonal sa kalusugan, o iba pang espesyalista tungkol sa inyong kondisyon at mga kakayahan

**Para sa:**

**Large Print Computer**  
**Diskette/ CDR Email**

**Tumawag sa: (415) 351-7000**

Gagawin ang pagproseso ng inyong aplikasyon sa loob ng 21 araw pagkaraan itong matanggap. Ang aplikasyon ay dapat nakumpleto nang wasto at dapatihanda ninyo ang inyong sarili para sa ikalawang antas ng pagtatasa kung hiniling. Kabilang sa ikalawang antas ng pagtatasa ay panayam sa inyo sa telepono, medikal na pagpapatotoo, o personal (in-person) na panayam. Ang personal na panayam ay maaaring kabilang ang isang pagsusuri ng pagganap ng gawain (functional test) upang malaman ang inyong kakayahang maglakbay gamit ang pampublikong transportasyon, gaya ng may-kakayahan sa paglalakad patungo sa hintuan ng bus, pagbabasa ng mga palatandaan atbp.

Tatanggap kayo ng pasabi sa pagpapasiya ng inyong pagiging karapat-dapat sa pamamagitan ng koreo. Kung mapatunayan kayo bilang karapat-dapat, magiging karapat-dapat kayo sa paglalakbay sa buong siyam na county sa Bay Area. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa pagpapasiya sa pagiging karapat-dapat, may karapatan kayo na umapela. Ang impormasyon kung paano maghain ng apela ay isasama sa pasabi ng inyong pagiging karapat-dapat. Kung ang pagpapasiya sa pagiging karapat-dapat ay tumagal ng mahigit sa 21 araw, maaari kayong mabigyan ng pagiging karapat-dapat na magpapahintulot sa inyo na gumamit ng sistema ng paratransit hanggang ang pinal na desisyon tungkol sa inyong pagiging karapat-dapat ay maisagawa. Hindi ito paiiralin kung, dahil sa di-pagkilos sa inyong panig, hindi namin nakumpleto ang pagproseso sa inyong aplikasyon.

### **MGA TAGUBILIN PARA SA MGA APLIKANTE**

1. Mangyaring **I-PRINT O I-TYPE ang buong mga sagot sa lahat ng mga tanong** sa pormularyo ng aplikasyon. Ang inyong detalyadong mga sagot at mga paliwanag ay tutulong sa aming gumawa ng isang angkop na pagpapasiya. Tiyaking **masagot ang LAHAT ng mga tanong o ang inyong aplikasyon ay ituturing na hindi kumpleto.** Ang hindi kumpletong mga aplikasyon ay ibabalik.
2. Hindi ninyo kinakailangang maglakip ng karagdagang mga pahina o impormasyon. Gayunman, maaari kayong magpadala ng iba pang mga dokumento na sa palagay ninyo ay tutulong sa aming maunawaan ang inyong mga limitasyon. **Lahat ng impormasyon na inyong ibinigay ay mahigpit na pananatiliing kompidensiyal.**
3. **Kailangan ninyong magbigay ng mga LAGDA sa dalawang bahagi upang makumpleto ang aplikasyon:**
  - **Sertipikasyon ng Aplikante (Pahina 8)**
  - **Awtorisasyon para Magamit o Mailabas ang Medikal na Impormasyon mula sa naaangkop na propesyonal na medikal o sa rehabilitasyon (Pahina 9)**
4. **Ibalik ang nakumpletong aplikasyon sa: 68 – 12th Street, San Francisco, CA 94103. Fax: 415-351-3135. Email: sfptcertification@sfparatransit.com**

Para sa tulong sa proseso ng aplikasyon o para tingnan ang kalagayan ng inyong aplikasyon, mangyari lamang na tumawag sa: (415) 351-7050.

***Salamat po***

## Mangyaring I-print

### **Kailangang Punan:**

Pangalan (*una, gitna, apelyido*): \_\_\_\_\_

Petsa ng Kapanganakan: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Address ng Tirahan: \_\_\_\_\_ Numero ng Apartment: \_\_\_\_\_

Lungsod: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Address na Pangkoreo (*kung naiiba sa tirahan*): \_\_\_\_\_

Numero ng Apartment: \_\_\_\_\_

Lungsod: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Pangunahing Telepono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ pumili ng isa  tirahan  trabaho  cell

### **Opsyonal:**

Pangalawang Telepono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ pumili ng isa  tirahan  trabaho  cell

E-Mail: \_\_\_\_\_ Kasarian:  Babae  Lalaki  Iba pa \_\_\_\_\_

Numero ng Clipper Card: \_\_\_\_\_ Numero ng Paratransit ID (*Kung alam*) \_\_\_\_\_

Mas Ninanais na Wika  Ingles  Iba pa (*tukuyin*) \_\_\_\_\_

**Lahi/Etnisidad:**  Asyano o Asyanong Amerikano  Itim at/o Aprikano Amerikano

Hispaniko at/o Latina/o/x  Taga-Middle East at/o Taga-Hilagang Aprika

Puti o Caucasian  Amerikanong Indian o Katutubo ng Alaska o Katutubo

Katutubo ng Hawaii o Taga-Isla sa Pasipiko  Hindi nakalista (*tukuyin*): \_\_\_\_\_

Mas Gustong Huwag Sabihin

**Kung kailangan ninyong maibigay sa inyo ang anumang nakasulat na impormasyon sa hinaharap sa isang accessible na format, mangyaring lagyan ng tsek kung aling format ang mas gusto mo:**

Malaking Print  E-mail (para sa TTS reader)  Braille  Iba pa \_\_\_\_\_

**Sakaling may emerhensya, kanino kami dapat makipag-ugnayan?**

Pangalan: \_\_\_\_\_ Kaugnayan: \_\_\_\_\_

Pangunahing Telepono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Pangalawang Telepono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Sabihin sa Amin ang Tungkol sa Inyong Kapansanan / Kondisyong Kaugnay sa Kalusugan**

**Mangyari lamang na sagutin nang detalyado ang sumusunod na mga tanong – ang inyong partikular na mga sagot sa mga tanong ay tutulong sa amin sa pagpapasiya sa inyong pagiging karapat-dapat.**

1. Anong **kapansanan o mga kondisyong kaugnay sa kalusugan ang HUMAHADLANG** sa inyo mula sa paggamit ng regular na pampublikong ransportasyon nang walang tulong ng isa pang tao (hal. BART, bus, streetcar)?

---

---

---

---

2. Maikling ipaliwanag kung **PAANO** ang inyong kondisyon ay humahadlang sa inyo mula sa paggamit ng regular na pampublikong transportasyon nang walang tulong ng isa pang tao.

---

---

---

---

---

3. Kailan ninyo unang naranasan ang mga kondisyong inyong inilarawan sa itaas?

Nakaraang 0-1 taon  Nakaraang 1–5 taon  Mahigit na 5 taon

4. Ang mga kondisyon bang inyong inilarawan ay nagbabago sa araw-araw sa paraang nakakaapekto sa inyong kakayahang gumamit ng pampublikong transportasyon?

Oo, mabuti sa ilang araw, masama sa iba pang araw.  
 Hindi, walang pagbabago.  Hindi alam.

5. Ang mga kondisyon bang inyong inilarawan ay:

Permanente  Pansamantala  Hindi Alam

*Kung pansamantala, gaano katagal ninyo inaasahang magpatuloy ito?*

---

## Sabihin sa Amin ang Tungkol sa Inyong mga Kakayahan at Karaniwang mga Aktibidad

6. Gumagamit ba kayo ng anuman sa sumusunod na mga tulong sa kadaliang pagkilos (mobility aid) o natatanging kagamitan? (*Lagyan ng tsek ang lahat ng angkop*):
- Tungkod     Tungkod para sa mga bulag     Walker  
 Saklay     Mga Brace para sa Binti     Madadalang Tangke ng Oxygen  
 Service Animal     Power Scooter     Power Wheelchair
- De-tulak na Wheelchair  
Makakalipat ba kayo mula sa inyong de-tulak na wheelchair patungo sa isang upuan?     Oo     Hindi
- Iba pang Pantulong \_\_\_\_\_
7. Mangyaring lagyan ng tsek ang box na naglalarawan ng inyong kasalukuyang sitwasyon sa pamumuhay:
- 24 oras na pangangalaga o Skilled Nursing Facility  
 Assisted Living Facility  
 Pasilidad na Memory Care (*pumili ng isa*):     Payak     Makabago  
 Tumatanggap ako ng tulong mula sa isang tao na nagpupunta sa aking tahanan para tumulong sa araw-araw na mga gawain sa pamumuhay  
 Namumuhay kasama ng mga miyembro ng pamilya na tumutulong sa akin  
 Mag-isa akong namumuhay (nang walang tulong ng isa pang tao)
8. Ilang mga bloke sa lungsod ang inyong maaaring lakbayin gamit ang inyong karaniwang tulong sa kadaliang pagkilos (mobility aid) at walang tulong ng isa pang tao?
- 
9. Alin sa sumusunod na mga pangungusap ang pinakamainam na naglalarawan sa inyo kung kailangan ninyong maghintay ng masasakyan sa labas? (*Lagyan ng tsek ang isang sagot lamang*):
- Makapaghihintay ako nang mag-isa ng sampu hanggang labing-limang minuto  
 Makapaghihintay ako nang mag-isa ng sampu hanggang labing-limang minuto kung ako lamang ay may upuan at may silungan  
 Mangagailangan ako ng isang tao na kasama kong maghintay sapagkat

10. Alin sa mga sumusunod na pahayag ang pinakamahasay na naglalarawan sa inyong paggamit ng regular na pampublikong transit (halimbawa, Muni bus o rail)?

*(Lagyan ng tsek ang isang sagot lamang):*

I Ako ay hindi kailanman regular na gumagamit ng pampublikong transportasyon

Ako ay regular na gumagamit ng pampublikong transportasyon ngunit hindi na mula nang magsimula ang aking kapansanan

Ako ay regular na gumagamit ng pampublikong transportasyon sa loob ng huling anim na buwan

### **Sabihin sa Amin ang Tungkol sa Inyong mga Kailangan sa Paglalakbay**

11. Paano kayo kasalukuyang naglalakbay patungo sa inyong madalas na destinasyon? *(Lagyan ng tsek ang lahat ng angkop):*

Mga Bus     Paratransit     Nagmamaneho akong mag-isa     BART

Taxi     Ferry     Streetcar

Isang tao ang nagmamaneho para sa akin     TNC/Ride Share

Iba pa \_\_\_\_\_

12. Naglalakbay ba kayo sa tulong ng isa pang tao?

Palagi

Minsan

Hindi kailanman

12a. Kung “palagi” o “minsan”, anong uri ng tulong ang ipinagkakaloob nila?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Makakaya ba ninyong makapunta paroon at parito sa hintuan ng pampublikong transportasyon na pinakamalapit sa inyong tahanan?

Oo

Hindi

Minsan

*Kung hindi o minsan, ipaliwanag kung bakit:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Makakaya ba ninyong mahigpit na mahawakan ang mga hawakan o rehas, mga barya o tiket habang sumasakay o bumababa sa pampublikong sasakyan?

Oo

Hindi

Minsan

Hindi alam, hindi kailanman nasubukan ito

*Kung hindi o minsan, ipaliwanag kung bakit:*

\_\_\_\_\_

15. Makakaya ba ninyong mapanatili ang balanse at mahayaan ang paggalaw ng pampublikong sasakyan kapag nakaupo?  
 Oo  Hindi  Minsan  Hindi alam, hindi kailanman nasubukan ito  
*Kung hindi o minsan, ipaliwanag kung bakit:*

---

---

16. Makakaya ba ninyong sumakay o bumaba sa isang pampublikong bus kung mayroon itong isang lift, rampa, o kneeler na bumababa sa harap ng bus?  
 Oo  Hindi  Minsan  Hindi alam, hindi kailanman nasubukan ito  
*Kung hindi o minsan, ipaliwanag kung bakit:*

---

---

17. Mangyari lamang na magdagdag ng anumang iba pang impormasyon na nais ninyong malaman namin tungkol sa inyong mga kakayahan.

---

---

---

---

---

---

**Nasagot ba ninyo ang lahat ng mga tanong at nagbigay ng mga paliwanag kung saan kinakailangan?**

**Kailangan ninyong magbigay ng mga LAGDA sa dalawang bahagi upang makumpleto ang aplikasyon:**

- Sertipikasyon ng Aplikante (Pahina 8)
- Awtorisasyon para Magamit o Mailabas ang Medikal na Impormasyon mula sa naaangkop na propesyonal na medikal o sa rehabilitasyon (Pahina 9)

**IBABALIK ANG HINDI KUMPLETONG MGA APLIKASYON.**

## Pagpapatunay ng Aplikante

Ako ay **nagpapatunay** na ang impormasyon sa aplikasyong ito ay **totoo** at **tama**. Nauunawaan ko na ang sadyang panghuhuwad ng impormasyon ay magreresulta sa pagtanggap ng serbisyo. Nauunawaan ko na ang lahat ng impormasyon ay pananatiliing kompidensiyal, ang impormasyon lamang na kinakailangan upang ipagkaloob ang mga serbisyong aking hinihiling ang ibubunyag sa iyang mga nagsasagawa ng mga serbisyo.

**Nauunawaan ko na maaaring mangailangang kontakin ang isang propesyonal na pamilyar sa aking kakayahan sa pagganap na gumamit ng pampublikong transportasyon upang tumulong sa pagpapasiya ng pagiging karapat-dapat.**

**Lumagda rito:**

Lagda ng aplikante \_\_\_\_\_ Petsa \_\_\_\_\_

**Mayroon bang isang tao (hal., kamag-anak, social worker o ahensiya, atbp.) na inyong ninanais na sabihan namin 90 araw bago mapaso ang inyong pagiging karapat-dapat?**  Oo  Hindi

Kung oo, Pangalan ng Tao/Ahensiya:

Email address: \_\_\_\_\_ Telepono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Kaugnayan: \_\_\_\_\_

**May tumulong ba sa inyo na punan ang pormularyong ito?**  Oo  Hindi

Kung oo, Pangalan: \_\_\_\_\_ Telepono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Kaugnayan: \_\_\_\_\_

Mangyaring Tandaan: Inyong responsibilidad na ipagbigay-alam sa amin kung ang inyong kapansanan ay bumubuti nang sapat upang magbago ang kalagayan ng inyong pagiging karapat-dapat. Kung ang inyong kondisyon ay bumubuti pagkatapos na mapagpasiyahang karapat-dapat kayo o matuklasan naming nagpasa kayo ng maling impormasyon, ang inyong pagiging karapat-dapat ay masususpende o maaaring hingin sa inyo na mag-aplay na muli.

**Magpatuloy sa Pahina 9 upang lagdaan ang Awtorisasyon upang Medikal na Ilabas**



# AWTORISASYON PARA SA PAGGAMIT O PAGPAPALABAS NG IMPORMASYON

**(Dapat punan ng aplikante o kinatawan ng aplikante)**

Mangyaring ibigay ang Doktor o Provider na pinakamahusay na nakakaunawa sa mga kakayahan sa pagkilos ng Aplikante sa paggamit ng pampublikong transportasyon.

Doktor o Provider ng Aplikante: \_\_\_\_\_

Address ng Doktor: \_\_\_\_\_

Telephone ng Doktor: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Medikal na Rekord o ID #, kung alam: \_\_\_\_\_

Ako, ang Aplikante, ay inaawtorisahan sa pamamagitan nito ang paggamit o pagsisiwalat ng aking indibidwal na matutukoy na Protektadong Impormasyon sa Kalusugan (PHI) gaya ng inilalarawan sa ibaba sa form na ito sa Transdev/SF Paratransit para sa mga layunin ng pagpapasya ng aking pagiging karapat-dapat upang matanggap ang mga serbisyong pantransportasyon.

Pangalan ng Aplikante: \_\_\_\_\_

Mangyaring ipadala ang hiniling na impormasyon sa:

**San Francisco Paratransit, 68 – 12<sup>th</sup> Street, San Francisco, CA 94103**

Partikular na paglalarawan sa Protektadong Impormasyon sa Kalusugan (PHI) na gagamitin o isisiwalat:

Anumang mga nakadokumentong kapansanan ng Aplikante at kung paano nakakaapekto ang kapansanan o mga kapansanan sa kakayahan ng Aplikanteng malayang makagamit ng Muni o BART na sa ibang paraan ay mga accessible na bus/tren.

Ang Awtorisasyong ito ay mawawalan ng bisa isang (1) taon mula sa petsa ng lagda, O kapag nangyari ang mga sumusunod: Pagtanggap ng resibo ng SF Paratransit ng hiniling na PHI, na nagpapahintulot sa SF Paratransit na gumawa ng pagpapasya sa pagiging karapat-dapat sa ADA Paratransit.

Nauunawaan ko na ang PHI na ginamit o isiniwalat ay maaaring mapailalim sa muling pagsisiwalat ng entidad na tumatanggap nito, at kung gayon ay hindi na mapoprotektahan ng mga pederal na regulasyon sa pagkapribado. Nauunawaan ko rin na maaari kong bawiin ang Awtorisasyong ito sa anumang oras sa pamamagitan ng pag-abiso sa SF Paratransit sa paraang nakasulat.

(KAILANGANG makumpleto ang form bago lagdaan)

\_\_\_\_\_

Lagda ng Aplikante o Kinatawan ng Aplikante

\_\_\_\_\_

Petsa

*(Ang pormularyo ay DAPAT kumpletuhin bago lagdaan.)*

Kung naaangkop, ilimbag ang pangalan ng kinatawan ng Aplikante: \_\_\_\_\_

Kaugnayan sa Aplikante: \_\_\_\_\_

(Makukuha ang form na ito sa mga accessible na format at/o mga alternatibong wika kapag hiniling.)

