

ใบสมัครบริการขนส่งพิเศษเพื่อคนพิการ ADA

ข้อมูลสำคัญสำหรับผู้สมัคร

เอกสารชุดนี้ประกอบด้วยข้อมูลและแบบฟอร์มที่คุณต้องใช้สำหรับการสมัครบริการขนส่งพิเศษเพื่อคนพิการ (paratransit) ในบริเวณแอ่วซาน ฟรานซิสโก ด้วยที่เป็นส่วนหนึ่งของข้อกำหนดในพระราชบัญญัติผู้พิการของสหรัฐอเมริกา (ADA) บริการขนส่งพิเศษเพื่อผู้พิการให้บริการโดยระบบขนส่งสาธารณะ บริการพิเศษประเภทนี้ถูกจำกัดให้เฉพาะแก่บุคคลที่ไม่สามารถใช้บริการขนส่งสาธารณะทั่วไปโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นครั้งคราวหรือทุกครั้งเนื่องจากความพิการหรือสภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

เพื่อที่จะใช้บริการขนส่งพิเศษเพื่อคนพิการ ADA คุณต้องได้รับการรับรองสิทธิ์ โดยสิทธิ์จะดูเป็นกรณีๆ ไป ตามระเบียบ ADA สิทธิ์จำกัดอย่างเคร่งครัดให้กับผู้ที่มีข้อจำกัดใดๆ ที่ทำให้ไม่สามารถใช้ระบบขนส่งสาธารณะที่สามารถเข้าถึงได้

ใบสมัครของคุณอาจได้รับการอนุมัติการมีสิทธิ์เต็มรูปแบบ (แบบไม่มีเงื่อนไข) หรือแบบจำกัดสำหรับการเดินทางบางส่วนเท่านั้น (สิทธิ์แบบมีเงื่อนไข) หากเราเห็นว่าคุณมีความสามารถในการใช้รถโดยสารทั่วไปและการขนส่งทางรถไฟสำหรับการเดินทางทั้งหมดโดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น คุณจะไม่ได้รับสิทธิ์สำหรับบริการขนส่งพิเศษเพื่อคนพิการ

สำหรับการสมัครรับสิทธิ์ คุณจะต้องกรอกใบสมัครที่แนบมานี้ให้ครบถ้วน เราจะตรวจสอบความสามารถของคุณในการใช้ระบบขนส่งสาธารณะที่สามารถเข้าถึงได้ หลังจากที่ได้ประเมินใบสมัครของคุณ เราอาจต้องการข้อมูลเพิ่มเติม เราอาจจะต้องดำเนินการดังนี้

- ติดต่อคุณทางโทรศัพท์
- นัดหมายสัมภาษณ์ตัวต่อตัว หรือการประเมินความสามารถ หรือ
- ปรึกษากับแพทย์ นักสุขภาพมืออาชีพ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับสภาพและความสามารถของคุณ

สำหรับ:
อักษรเบลล์,
อักษรขนาดใหญ่
เทปเสียง
แผ่นดิสก์เก็ตต์/CDR

โทร: (415) 351-7000

โบรชัวร์ "การขนส่งที่สามารถเข้าถึงได้ในบริเวณอ่าวซาน ฟรานซิสโก" และวิดีโอ "ชุมชนที่ไม่หยุดนิ่ง" ให้รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับบริการพิเศษสำหรับผู้พิการ ADA และเกณฑ์การมีสิทธิ์ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมโทร: (415) 351-7050

ใบสมัครของคุณจะได้รับการดำเนินการภายใน 21 วันหลังจากที่ได้รับ ใบสมัครจะต้องครบถ้วน สมบูรณ์และถูกต้อง คุณต้องพร้อมสำหรับการประเมินขั้นที่สองหากได้รับเชิญ การประเมินขั้นที่สองอาจได้แก่ การสัมภาษณ์คุณทางโทรศัพท์ การตรวจสอบทางการแพทย์ หรือสัมภาษณ์ตัวต่อตัว ในการสัมภาษณ์ตัวต่อตัวอาจมีการทดสอบความสามารถเพื่อตรวจสอบความสามารถในการใช้บริการขนส่งสาธารณะระหว่างการเดินทาง เช่นความสามารถในการเดินไปที่ป้ายรถเมล์ อ่านสัญญาณ ฯลฯ

คุณจะได้รับแจ้งผลการตัดสินใจของคุณโดยทางไปรษณีย์ หากคุณได้รับการรับรองว่ามีสิทธิ์ คุณจะมีสิทธิ์ที่จะเดินทางไปทั่วบริเวณอ่าวซาน ฟรานซิสโก หากคุณไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจ คุณมีสิทธิ์ที่จะยื่นอุทธรณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับการยื่นอุทธรณ์จะแนบมาพร้อมกับเอกสารแจ้งสิทธิ์ของคุณ หากการตัดสินใจใช้เวลานานกว่า 21 วัน คุณอาจจะได้รับสิทธิ์ให้ใช้บริการขนส่งพิเศษเพื่อผู้พิการจนกว่าจะมีการตัดสินใจสุดท้ายเกี่ยวกับสิทธิ์ของคุณ ทั้งนี้ คุณจะไม่ได้สิทธิ์ตามกรณีนี้ หากความล่าช้าเกิดจากตัวคุณเองและเราไม่สามารถดำเนินการใบสมัครของคุณจนเสร็จสิ้น

คำแนะนำสำหรับผู้สมัคร

- 1. กรุณาเขียนตัวบรรจงหรือพิมพ์คำตอบให้ครบทุกข้อในแบบฟอร์มใบสมัคร คำตอบและคำอธิบายอย่างละเอียดของคุณจะช่วยให้เราตัดสินใจอย่างเหมาะสม โปรดแน่ใจว่าตอบคำถามทุกข้อ มิฉะนั้นจะถือว่าใบสมัครของคุณไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ใบสมัครที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จะถูกตีกลับ**
- 2. คุณไม่จำเป็นต้องแนบหน้าหรือข้อมูลเพิ่มเติม แต่คุณอาจต้องการที่จะส่งเอกสารอื่นๆ ที่คุณคิดว่าจะช่วยให้เราเข้าใจข้อจำกัดของคุณ ข้อมูลทั้งหมดที่คุณส่งจะถูกเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด**
- 3. คุณจะต้องลงชื่อทั้งหมดสามแห่งเพื่อให้การกรอกใบสมัครครบถ้วนสมบูรณ์:**
 - การรับรองผู้สมัคร (หน้า 8)
 - การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลให้กับแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ (หน้า 9 และ 10)
- 4. ส่งใบสมัครที่กรอกจนครบถ้วนกลับไปที่: 68 – 12th Street, San Francisco, CA 94103**

สำหรับความช่วยเหลือในขั้นตอนการสมัครหรือเพื่อตรวจสอบสถานะของใบสมัครของคุณ กรุณาโทรสอบถามที่: (415) 351-7050

ขอบคุณ

กรณารอกด้วยบรรจุ

ข้อมูลส่วนตัว/สำหรับติดต่อ

ชื่อ (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล): _____ อีเมล: _____

ที่อยู่บ้าน: _____ อพาร์ทเมนต์เลขที่: _____

เมือง: _____ รหัสไปรษณีย์: _____

ที่อยู่ไปรษณีย์ (หากแตกต่างจากบ้าน): _____ อพาร์ทเมนต์เลขที่: _____

เมือง: _____ รหัสไปรษณีย์: _____

โทรศัพท์กลางวัน: (____) _____ TDD/TTY: (____) _____

โทรศัพท์กลางคืน(____) _____ มือถือ: (____) _____

คุณสนใจรับข้อความผ่านทางข้อความอักษรบนมือถือหรือไม่
____ สนใจ _____ ไม่

วันเดือนปีเกิด: ____/____/____ ☐ หญิง ☐ ชาย อื่นๆ (โปรดระบุ) _____

หากคุณต้องการรับข้อมูลเพิ่มเติมใดๆ

ในขนาดในรูปแบบลายลักษณ์อักษรที่เข้าถึงได้ กรุณาทำเครื่องหมายรูปแบบที่คุณต้องการ:

☐ ดิสก์เก็ต /CDR ☐ เทปเสียง ☐ อักษรเบลล์ ☐ ตัวหนังสือขนาดใหญ่
☐ อื่นๆ _____

กรณาระบุชื่อผู้ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน

ชื่อ: _____

ความสัมพันธ์: _____

โทรศัพท์กลางวัน: (____) _____ โทรศัพท์กลางคืน: (____) _____

โปรดแจ้งเราเกี่ยวกับความพิการ / ปัญหาด้านสุขภาพของคุณ

กรุณาดอบคำถามต่อไปนี้อย่างละเอียด - คำตอบเฉพาะของคุณต่อคำถามเหล่านี้จะช่วยให้เราในการตัดสินใจสิทธิ์ของคุณ

1. ความพิการหรือปัญหาด้านสุขภาพใดที่เป็นอุปสรรคต่อคุณในการใช้บริการขนส่งสาธารณะทั่วไปโดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือของบุคคลอื่น (เช่น BART, รถบัส, รถราง)

2. กรุณาอธิบายโดยสังเขปว่าปัญหาด้านสุขภาพของคุณเป็นอุปสรรคต่อคุณในการใช้บริการขนส่งสาธารณะทั่วไปโดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือของบุคคลอื่นอย่างไร

3. คุณมีปัญหาด้านสุขภาพดังที่คุณอธิบายไว้ข้างต้นครั้งแรกเมื่อใด
☐ 0-1 ปีก่อน ☐ 1 – 5 ปีก่อน ☐ เกินกว่า 5 ปีมาแล้ว

4. ปัญหาด้านสุขภาพดังที่คุณอธิบายไว้เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวันในลักษณะที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการใช้บริการขนส่งสาธารณะหรือไม่
☐ ใช่ ดีในบางวัน บางวันก็ไม่ดี ☐ ไม่ ไม่เปลี่ยน
☐ ไม่ทราบ

5. ปัญหาด้านสุขภาพดังที่คุณอธิบายไว้:
☐ ถาวร ☐ ชั่วคราว ☐ ไม่ทราบ
หากชั่วคราว คุณคาดว่าจะนานแค่ไหน

โปรดแจ้งเราเกี่ยวกับความสามารถและกิจกรรมปกติของคุณ

6. คุณใช้อุปกรณ์ช่วยการเคลื่อนไหวหรืออุปกรณ์พิเศษใด ๆ ต่อไปนี้หรือไม่?
(กรุณาทำเครื่องหมายทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง):
- | | | |
|---|--|--|
| ☐ ไม่เท่า | ☐ แก้อักรัดแขนไฟฟ้า | ☐ อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนที่ |
| ☐ ไม่เท่าขา | ☐ สัตว์นำทาง | ☐ วอล์กเกอร์ |
| ☐ สกิวเตอร์ไฟฟ้า | ☐ ไม่พยุงตัว | ☐ แก้อักรัดแขนมือ |
| ☐ ไม่พยุงขา | ☐ ถังออกซิเจนเคลื่อนที่ | |
| ☐ อุปกรณ์อื่นๆ _____ | | |
7. กรุณาทำเครื่องหมายข้อที่อธิบายสถานที่อยู่อาศัยในปัจจุบันของคุณได้ดีที่สุด:
- ☐ สถานบำบัดหรือดูแลพยาบาลอย่างมืออาชีพตลอด 24 ชั่วโมง
 - ☐ สถานพักพิง
 - ☐ ฉันได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรที่มาให้บริการถึงที่บ้านช่วยกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของฉัน
 - ☐ ฉันอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยฉัน
 - ☐ ฉันอาศัยอยู่ตามลำพัง (โดยปราศจากความช่วยเหลือของบุคคลอื่น)
8. คุณสามารถเดินทางด้วยอุปกรณ์ช่วยเคลื่อนที่ของคุณและโดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือของบุคคลอื่นได้ไกลกับล็อกถนน
- _____
9. ข้อความใดต่อไปนี้อธิบายได้ดีที่สุดในกรณีที่你会ต้องรอรถโดยสารสาธารณะอยู่ข้างนอก (กรุณาทำเครื่องหมายเพียงหนึ่งคำตอบ):
- ☐ ฉันสามารถรออยู่ลำพังสิบถึงสิบห้านาที
 - ☐ ฉันสามารถรออยู่ลำพังสิบถึงสิบห้านาทีเฉพาะกรณีที่ฉันนั่งและที่กำบัง
 - ☐ ฉันต้องมีคนรอเป็นเพื่อน
- _____
10. ข้อความใดดังต่อไปนี้ อธิบายตัวคุณได้ดีที่สุด
(กรุณาทำเครื่องหมายเพียงหนึ่งคำตอบ):
- ☐ ฉันไม่เคยใช้บริการขนส่งสาธารณะทั่วไปเลย
 - ☐ ฉันได้ใช้บริการขนส่งสาธารณะทั่วไป แต่ไม่ได้ใช้ตั้งแต่มีปัญหาด้านความพิการของฉัน
 - ☐ ฉันได้ใช้บริการขนส่งสาธารณะเป็นประจำในช่วงหกเดือนที่ผ่านมา

โปรดแจ้งเราเกี่ยวกับการเดินทางของคุณ

11. ในเวลานี้คุณเดินทางไปยังสถานที่ที่คุณต้องไปบ่อยๆ อย่างไร
(กรุณาเลือกทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง):
☐ รถประจำทาง ☐ บริการโดยสารพิเศษสำหรับผู้พิการ ☐ ขับรถเอง ☐ BART
☐ แท็กซี่ ☐ เรือข้ามฟาก ☐ สตรีทคาร์ ☐ มีคนขับรถให้
☐ อื่นๆ _____
12. คุณเดินทางด้วยความช่วยเหลือของบุคคลอื่นหรือไม่
☐ เสมอ ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เคย
- 12ก. หากตอบว่า "เสมอ" หรือ "บางครั้ง" บุคคลนั้นให้ความช่วยเหลือกับคุณ
อย่างไรบ้าง _____

13. คุณสามารถเดินทางไปและกลับจากจุดการขนส่งสาธารณะที่ใกล้บ้านคุณที่สุดได้หรือไม่
☐ ได้ ☐ ไม่ได้ ☐ บางครั้ง
ถ้าไม่ได้หรือบางครั้ง กรุณาอธิบายว่าทำไม: _____

14. คุณสามารถที่โหนดที่จับ ราว หยิบเหรียญหรือตัวในขณะที่กำลังขึ้น ลงจากรถ
ขนส่งโดยสารได้หรือไม่
☐ ได้ ☐ ไม่ได้ ☐ บางครั้ง ☐ ไม่ทราบ ไม่เคยลอง
ถ้าไม่ได้หรือบางครั้ง กรุณาอธิบายว่าทำไม: _____

15. คุณสามารถที่จะทรงตัวและทนกับการเคลื่อนไหวของยานพาหนะขนส่งสาธารณะ
ขณะที่คุณกำลังนั่งได้หรือไม่?
☐ ได้ ☐ ไม่ได้ ☐ บางครั้ง ☐ ไม่ทราบ ไม่เคยลอง
ถ้าไม่ได้หรือบางครั้ง กรุณาอธิบายว่าทำไม: _____

16. คุณสามารถที่จะขึ้นหรือลงรถขนส่งสาธารณะหากมีที่ยก ทางลาดหรือ เบาะเก้าอี้
ลดด้านหน้าของรถประจำทางให้ต่ำลงได้หรือไม่

☐ ได้ ☐ ไม่ได้ ☐ บางครั้ง ☐ ไม่ทราบ ไม่เคยลอง

ถ้าไม่ได้หรือบางครั้ง กรุณาอธิบายว่าทำไม:

17. กรุณาระบุข้อมูลเพิ่มเติมอื่นๆ ที่คุณต้องการให้เราทราบเกี่ยวกับความสามารถของคุณ

คุณได้ตอบทุกคำถามและให้คำอธิบายในส่วนที่ต้องอธิบายครบถ้วนหรือยัง
ใบสมัครที่ไม่ครบถ้วนจะถูกตีกลับ

การรับรองผู้สมัคร

ข้าพเจ้าตระหนักว่าอาจจำเป็นต้องมีการติดต่อผู้เชี่ยวชาญที่คุ้นเคยกับความสามารถของข้าพเจ้าที่จะใช้บริการขนส่งสาธารณะเพื่อช่วยในการตัดสินใจ

ลงชื่อที่นี้:

ลายมือชื่อผู้สมัคร _____ วันที่ _____

มีใคร (เช่น ญาติ, นักสังคมสงเคราะห์ หรือหน่วยงานอื่นๆ) ที่คุณต้องการให้เราแจ้งให้ 90 วันก่อนที่สิทธิ์ของคุณจะหมดอายุหรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี

ถ้ามี กรุณาระบุชื่อบุคคล / หน่วยงาน:

ที่อยู่อีเมล: _____ โทร: (____) _____

ความสัมพันธ์: _____

มีใครช่วยคุณกรอกแบบฟอร์มนี้หรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี

ถ้ามี กรุณาระบุชื่อ: _____ โทร: (____) _____

ความสัมพันธ์: _____

หมายเหตุ: เป็นความรับผิดชอบของคุณในการแจ้งให้เราทราบหากความพิการของคุณดีขึ้นพอที่จะเปลี่ยนสถานะสิทธิ์ของคุณ ถ้าปัญหาด้านสุขภาพของคุณดีขึ้นหลังจากที่คุณได้รับสิทธิ์ หรือเราพบว่าคุณส่งข้อมูลที่เป็นเท็จ สิทธิ์ของคุณอาจจะถูกระงับหรือคุณอาจจะถูกขอให้สมัครใหม่

อนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลการแพทย์

(กรอกโดยผู้สมัคร)

ข้าพเจ้าอนุญาต ณ ที่นี้ให้ผู้ที่มีใบประกอบอาชีพ (แพทย์, นักบำบัด, นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ) สามารถตรวจสอบความพิการหรือปัญหาด้านสุขภาพของข้าพเจ้าดังต่อไปนี้ และมอบข้อมูลนี้ให้กับหน่วยงานขนส่งสาธารณะท้องถิ่นของข้าพเจ้า ข้อมูลนี้จะถูกใช้เพียงเพื่อยืนยันคุณสมบัติของข้าพเจ้าสำหรับการให้บริการขนส่งพิเศษสำหรับผู้พิการ ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะได้รับสำเนาของหนังสืออนุญาตนี้และข้าพเจ้าอาจเพิกถอนได้ตลอดเวลา

ชื่อของผู้เชี่ยวชาญที่อาจให้ข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้า:

ที่อยู่:

ประวัติทางการแพทย์หรือเลขประจำตัว ถ้า ทราบ:

โทรศัพท์

โทรสาร

ลงชื่อ:

ลายมือชื่อของผู้สมัคร _____ วันที่ _____

การอนุญาตให้ใช้หรือเปิดเผยข้อมูล

(กรอกโดยผู้สมัครหรือตัวแทนผู้สมัคร)

เรียน: _____ (ระบุชื่อแพทย์หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ)

ข้าพเจ้าอนุญาต ณ ที่นี้ให้ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ระบุตัวตนของข้าพเจ้า ("ประวัติทางการแพทย์ที่เป็นความลับ") ตามที่อธิบายด้านล่างของแบบฟอร์มนี้ ("หนังสืออนุญาต") ให้กับบริการขนส่งเพื่อผู้พิการ Veolia/SF เพื่อวัตถุประสงค์ในการตัดสินใจของข้าพเจ้าในการรับบริการขนส่งโดยสาร

ชื่อคนไข้ _____ ลงวันที่ _____

กรุณาส่งข้อมูลที่ขอให้กับ

San Francisco Paratransit, 68-12th Street, San Francisco, CA 94103

ข้อมูลด้านสุขภาพที่ระบุตัวตนต่อไปนี้将被ถูกใช้หรือเปิดเผย:

เอกสารระบบความพิการของผู้สมัคร และการเป็นอุปสรรค (ต่อความสามารถของผู้สมัครในการใช้บริการ Muni หรือ BART หรือรถประจำทาง รถไฟ ตามลำพัง

สิ่งที่จะเกิดขึ้นเมื่อการอนุญาตนี้หมดอายุลง

การยืนยันโดยผู้เชี่ยวชาญถึงข้อมูลจำเพาะตามที่ขอ (ดูด้านบน) ซึ่งช่วยเราในการกำหนดสิทธิการใช้บริการขนส่งพิเศษสำหรับผู้พิการ ADA

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าประวัติทางการแพทย์ที่เป็นความลับของข้าพเจ้าอาจถูกเปิดเผยซ้ำให้กับผู้ได้รับอนุญาตรับข้อมูลประวัติทางการแพทย์ที่เป็นความลับตามหนังสืออนุญาตฉบับนี้และประวัติทางการแพทย์ที่เป็นความลับที่ถูกเปิดเผยอาจไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยความเป็นส่วนตัวของสหพันธรัฐ ข้าพเจ้ายังทราบดีอีกด้วยว่าข้าพเจ้าสามารถเพิกถอนหนังสืออนุญาตฉบับนี้ได้ทุกเมื่อโดยการแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษร และหากข้าพเจ้าทำการเพิกถอน จะไม่มีผลต่อข้อมูลที่คุณได้รับก่อนหน้าการเพิกถอนหนังสืออนุญาตฉบับนี้

ลายมือชื่อของผู้ยินยอมหรือตัวแทน _____ วันที่ _____
(แบบฟอร์มต้องครบถ้วนสมบูรณ์ก่อนลงชื่อ)

ถ้ามี กรุณาระบุชื่อตัวแทนด้วยตัวบรรจง _____

ความสัมพันธ์: _____

พยาน _____ วันที่: _____

แบบฟอร์มฉบับนี้มีในรูปแบบอื่นๆ ที่เข้าถึงได้ และในภาษาต่างๆ ซึ่งคุณสามารถขอรับได้