

Enclosed are the Bay Area Americans with Disabilities Act (ADA) Paratransit application form and the translation of that form in the language you requested. Please be sure to complete and return the English application. The translation is included to assist you in understanding the application questions. If you need help completing the form, please call our office to find out what resources are available to you.

В конверт вложена форма заявления для получения транспортных услуг в соответствии с Актом о правах американских граждан-инвалидов (Americans with Disabilities Act) (ADA), проживающих в Районе Залива, и перевод этой формы на тот язык, который Вы указали. Пожалуйста, заполните и верните заявление на английском языке. Перевод заявления приложен для того, чтобы Вы поняли вопросы, содержащиеся в заявлении. Если Вам нужна помощь в заполнении этой формы, пожалуйста, позвоните в наш офис, чтобы обсудить, как мы можем Вам помочь.

Заявление об оказании специальных транспортных услуг согласно Закону США об американцах-инвалидах

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЕЙ

В настоящий пакет документации включены материалы и анкеты, необходимые для того, чтобы подать заявление об оказании специальных транспортных услуг в Районе залива Сан-Франциско. Согласно требованиям Закона США об американцах-инвалидах (ADA), специальные транспортные услуги предоставляются всеми предприятиями общественного транспорта. Данный вид услуг общественного транспорта распространяется только на тех лиц, которые постоянно или в определенных случаях не в состоянии самостоятельно пользоваться обычными средствами общественного транспорта по причине инвалидности или состояния здоровья.

Для того чтобы воспользоваться специальными транспортными услугами, предусмотренными ADA, необходимо подтвердить свое право на такие услуги. Это право устанавливается индивидуально. Согласно подзаконным актам ADA, такое право распространяется исключительно на тех лиц, возможности которых воспользоваться общедоступным общественным транспортом ограничены.

Заявление об оказании специальных транспортных услуг может быть утверждено с предоставлением полного (неограниченного) права на получение таких услуг или же с предоставлением ограниченного права, предусматривающего лишь отдельные поездки (ограниченное право). Тем лицам, которые будут признаны способными постоянно пользоваться обычным автобусным или рельсовым транспортным без посторонней помощи, будет отказано в специальных транспортных услугах.

Чтобы подать заявление, необходимо полностью заполнить прилагаемую анкету. Мы рассмотрим вопрос о способности заявителя пользоваться общедоступным общественным транспортом. После рассмотрения заявления нам могут потребоваться дополнительные сведения. Нам может понадобиться:

- связаться с заявителем по телефону;
- запланировать личную встречу или выполнение функциональной оценки;
- проконсультироваться с лечащим врачом заявителя, медицинским специалистом или другим специалистом по вопросу состояния здоровья и возможностей заявителя.

Лицам, пользующимся:

- шрифтом Брайля,
 - крупным шрифтом,
 - кассетами звукозаписи или
 - компьютерными (компактными) дисками (CDR),
- следует позвонить по телефону 415-351-7000

Заявителям, а также оказывающим им содействие лицам рекомендуется ознакомиться с брошюрой под названием «Общедоступные транспортные средства в Районе залива Сан-Франциско (Accessible Transportation in the San Francisco Bay Area), прежде чем заполнять прилагаемую анкету. Заказать эту брошюру можно по телефону в транспортном предприятии. В брошюре содержатся дополнительные сведения о специальных транспортных услугах, предусмотренных ADA, а также о предъявляемых требованиях.

Срок рассмотрения заявления составляет 21 день с момента получения. Заявление должно быть правильно заполнено, а заявитель должен быть готов к прохождению второй инстанции в случае необходимости. Прохождение второй инстанции может включать собеседование по телефону, медицинское освидетельствование или личное собеседование. При этом личное собеседование может включать прохождение функциональной проверки с целью установления способности заявителя пользоваться общественным транспортом, например, способности пройти пешком до автобусной остановки, прочитать вывеску и проч.

Извещение о результатах рассмотрения заявления будет направлено заявителю по почте. В случае признания права заявителя на получение услуг, заявитель получит право совершать поездки в пределах девяти округов («графств») Района залива. В случае несогласия заявителя с вынесенным решением он имеет право обжаловать это решение. Информация о порядке обжалования будет содержаться в извещении. Если срок вынесения решения превысит 21 день, заявитель может получить временное право пользования специальными транспортными услугами до вынесения окончательного решения о его праве на такие услуги. Это положение не распространяется на те случаи, когда у нас не будет возможности рассмотреть заявление в связи с бездействием со стороны заявителя.

ИНСТРУКЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЮ

1. Дайте полные ответы на все вопросы анкеты **ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ** или **НАПЕЧАТАТЬ ИХ НА МАШИНКЕ**. Подробные ответы и пояснения помогут нам в вынесении правильного решения. **Обязательно ответьте на ВСЕ вопросы — в противном случае заявление будет признано неполным.** Неполные заявления подлежат возврату.
2. Прилагать дополнительные листы или материалы необязательно. При этом заявитель вправе направить другие документы, которые он сочтет полезными для понимания характера его ограниченных возможностей. **Все предоставляемые заявителем сведения будут храниться в строгой тайне.**
3. При заполнении заявления заявителю необходимо **ПОДПИСАТЬСЯ** в двух местах:
 - в «Удостоверении заявителя» (стр. 8);
 - в «Разрешение на предоставление медицинской информации» соответствующим специалистам в области медицины или реабилитации (стр. 9).
4. **Заполненное заявление следует направить по адресу: 68 12th Street, San Francisco, CA 94103.**

За помощь в заполнении заявления или за информацией о ходе его рассмотрения следует обращаться по телефону (415) 351-7050.
--

Благодарим вас!

Просьба заполнять печатными буквами!

Личные и контактные сведения

Имя, отчество, фамилия: _____

Домашний адрес: _____ Квартира: _____

Город: _____ Почтовый индекс (Zip): _____

Почтовый адрес (если отличается от домашнего): _____
Квартира: _____

Город: _____ Почтовый индекс (Zip): _____

Дневной телефон: (____) _____ Для тьютих: (____) _____

Вечерний телефон: (____) _____ Мобильный: (____) _____

Дата рождения: ____/____/____ Пол: женский мужской

Родной язык (отметить): английский другой (указать) _____

Если в будущем вам потребуется письменная информация в доступной форме, укажите, какую форму вы предпочитаете:

Диск/CDR Кассета звукозаписи Брайль Крупный шрифт
 Прочее _____

В чрезвычайной ситуации с кем нам следует связаться?

Имя: _____

Степень родства: _____

Дневной телефон: (____) _____ Вечерний телефон: (____) _____

Сведения об инвалидности или состоянии здоровья

Просьба дать подробные ответы на следующие вопросы – это позволит нам определить ваши права.

1. Какая **инвалидность или состояние здоровья НЕ ПОЗВОЛЯЕТ** вам пользоваться обычным общественным транспортом (например, BARTом, автобусом, трамваем) без посторонней помощи?

2. Дайте краткие пояснения того, **КАКИМ ОБРАЗОМ** ваше состояние не позволяет вам пользоваться обычным общественным транспортом без посторонней помощи.

3. Изменяется ли указанное вами состояние изо дня в день таким образом, что это сказывается на вашей способности пользоваться общественным транспортом?

Да, в определенные дни состояние хорошее, в определенные — плохое.
 Нет, состояние не изменяется. Я не знаю.

4. Является ли указанное вами состояние:

Постоянным? Временным? Я не знаю.

Если состояние временное, сколько времени, по-вашему, оно продлится?

Сведения об имеющихся возможностях и обычной деятельности

5. Пользуетесь ли вы любыми из перечисленных ниже средств передвижения или специальным оборудованием? (Отметьте все необходимое.)
- Палка Мотор. инвалидная коляска Средства связи
 Белая трость Служебная собака «Вокер»
 Моторный самокат Костыли Ручная инвалид. коляска
 Фиксаторы ног Переносной кислородный баллон
 Другие средства передвижения _____
6. Сколько городских кварталов вы в состоянии пройти с помощью своего обычного средства передвижения без посторонней помощи? _____
7. Какой из перечисленных ниже пунктов больше всего относится к вам?
(Сделать только одну отметку.)
- Я никогда не пользовался(-ась) обычным общественным транспортом.
 Я пользовался(-ась) обычным общественным транспортом, но перестал(-а) после наступления инвалидности
 Я пользуюсь обычным общественным транспортом, когда позволяет здоровье.
8. Как вы в настоящее время добираетесь до мест, которые посещаете регулярно?
(Отметьте все необходимое.)
- На автобусе На спецтранспорте Сам(-а) веду машину На BARTe
 На такси На пароме На трамвае Меня подвозят
 Прочее _____
9. Совершаете ли вы поездки с посторонней помощью (кроме случаев предоставления транспорта)?
- Всегда Иногда Никогда

Сведения о потребностях при передвижении в транспорте

10. Если ли вы всегда или иногда совершаете поездки с посторонней помощью, то какую именно помощь вы получаете?

11. Просьба сообщить все прочие сведения о ваших физических способностях, которые нам следует знать.

Ответили ли вы на все вопросы и дали пояснения там, где это необходимо?

НЕ ПОЛНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕННЫЕ ЗАЯВЛЕНИЯ ПОДЛЕЖАТ ВОЗВРАТУ.

Удостоверение заявителя

Я **удостоверяю**, что сведения, приведенные в настоящем заявлении, **достоверны и точны**. Я понимаю, что заведомое искажение фактов повлечет за собой отказ в обслуживании. Я понимаю, что все сведения будут сохраняться в тайне и что обслуживающим организациям и лицам будут передаваться только те сведения, которые необходимы им для оказания запрашиваемых мною услуг.

Я понимаю, что с целью вынесения решения о моих правах может понадобиться обратиться к специалисту, знакомому с моими функциональными возможностями по пользованию общественным транспортом.

Поставьте подпись в этой графе:

Подпись заявителя _____ Дата _____

Помогал ли вам кто-нибудь в заполнении этой анкеты? Да Нет

Если да, укажите имя: _____ и телефон: (____) _____

Степень родства (отношение): _____

Примечание. Вы обязаны поставить нас в известность в том случае, если ваше состояние улучшится в достаточной степени для того, чтобы изменить ваше право на получение услуг. Если ваше состояние улучшится после того, как вы будете признаны вправе получать услуги, или же нами будет установлено, что вы представили ложные сведения, действие ваших прав может быть приостановлено или же от вас могут потребовать повторной подачи заявления.

Разрешение на предоставление медицинской информации

(заполняется заявителем)

Я настоящим даю разрешение следующему лицензированному специалисту (врачу, терапевту, социальному работнику и т. п.), имеющему право проверить факты, относящиеся к моей инвалидности или состоянию здоровья, передать эти сведения в предприятие общественного транспорта по месту моего жительства. Указанные сведения будут использованы исключительно для проверки моего права на получение специальных транспортных услуг. Я понимаю, что имею право на получение копии настоящего разрешения и что я вправе в любое время отменить его.

Имя специалиста, который вправе передавать медицинские сведения обо мне:

Адрес: _____

Медицинский регистрационный номер или код (если известен): _____

Телефон _____

Факс _____

Поставьте подпись в этой графе:

Подпись заявителя _____ Дата _____

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

_____ (Укажите имя врача или название
медицинского учреждения)

Я разрешаю использовать или предоставить информацию о состоянии моего здоровья с указанием моего имени (“Неразглашаемую Медицинскую Информацию”), как указано ниже на этой форме (этом «Разрешении»), в АТС Paratransit, чтобы определить, имею ли я право на получение транспортного обслуживания.

Имя пациента: _____ Сегодняшняя дата: _____

Пожалуйста, пошлите запрашиваемую информацию по адресу:

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

Конкретное описание Неразглашаемой Медицинской Информации, которая должна быть использована или предоставлена:

Документированная инвалидность(и) Вашего пациента, подавшего заявление на транспортное обслуживание, и каким образом она(и) может(гут) повлиять на его/её способности независимо пользоваться автобусами Muni или поездами BART, доступными для пассажиров.

Даже после того, как истечёт срок этого Разрешения:

Профессиональное подтверждение запрашиваемой конкретной информации, указанной выше, которая позволит нам принять решение относительно права на получение ADA Paratransit.

Я понимаю, что Неразглашаемая Медицинская Информация относительно моего здоровья может быть повторно предоставлена лицу/организации, получившим на это право в соответствии с этим Разрешением, и что федеральные предписания о конфиденциальности больше не имеют силы по отношению к предоставленной Неразглашаемой Медицинской Информации. Я также понимаю, что я могу отменить это Разрешение в любое время, известив Вас в письменной форме, но если я это сделаю, это не повлияет на какие-либо действия, которые Вы предпримете до того, как Вы получите аннулирование этого Разрешения.

Подпись лица, подавшего заявление, или его представителя

Дата

(Форма ДОЛЖНА быть заполнена до её подписания)

Если это к Вам относится, укажите имя уполномоченного представителя печатными буквами: _____

Отношение (родство) к(с) лицу(ом), подавшему(им) заявление: _____

Свидетель

Дата

(Эту форму можно запросить и получить в доступных форматах и/или на различных языках.)