

طلب للاستفادة من خدمة نقل المعاقين (باراترانزيت) بموجب قانون ADA

معلومات هامة للمتقدمين

تشتمل هذه الباقة على معلومات ونماذج ستحتاج إليها لتقديم طلب استحقاق للاستفادة من خدمة نقل المعاقين (باراترانزيت) في منطقة خليج سان فرانسيسكو. كجزء من متطلبات قانون الأمريكيين من ذوي الإعاقة (ADA)، فسوف تلتزم جميع أنظمة النقل العام بتقديم خدمة نقل المعاقين (باراترانزيت)، ويقتصر هذا النوع الخاص من خدمة النقل العام على الأشخاص غير القادرين على استخدام النقل العام العادي بمفردهم - سواءً لفترة مؤقتة أو بشكل دائم - بسبب الإعاقة أو حالة صحية متصلة.

ولكي تستفيد من خدمة نقل باراترانزيت بموجب قانون ADA، يجب أن يتم التصديق على أهلية قدرتك للاستفادة بالخدمة. يتم تحديد الأهلية على أساس كل حالة على حدة. وفقاً للوائح ADA، تقتصر الأهلية في حدود نطاق ضيق جدًا على من يواجهون قيوداً محددة تمتعهم من استخدام وسائل النقل العام المزودة بتجهيزات للمعاقين (Accessible).

من الممكن أن تصدر الموافقة على طلبك ويتم منحك حق الأهلية الكاملة (أي غير المشروطة)، أو يمكن أن يتم منحك أهلية ذات أساس محدود لبعض الرحلات فقط (أي أهلية مشروطة). إذا تم التوصل إلى أنك قادر على على استخدام الحافلات العادية والسكك الحديدية لجميع الرحلات، دون مساعدة من شخص آخر، فإنك لن تكون مؤهلاً للاستفادة من خدمة نقل المعاقين (باراترانزيت).

للتقدم بطلب للحصول على الأهلية يجب عليك استيفاء استمارة الطلب المرفق بشكل كامل. وسوف نستعرض قدراتك على استخدام وسائل النقل العام المزودة بتجهيزات للمعاقين. وبعد دراسة طلبك، قد تحتاج إلى مزيد من المعلومات. قد تحتاج إلى:

- الاتصال بك عن طريق الهاتف
- تحديد موعد لعقد مقابلة شخصية أو تقييم وظيفي، أو
- استشارة الطبيب، أو أخصائي الصحة، أو غيره من المتخصص بشأن حالتك وقدراتك

للتعامل مع ما يلي:
طريقة برايل،
طباعة كبيرة
شريط صوتي

CDR قرص كمبيوتر/اسطوانة مدمجة

اتصل برقم: (415) 351-7000

سيتم النظر في طلبك في غضون 21 يوماً من تاريخ تلقيه. يجب استكمال طلب التقى بشكل صحيح كما يجب عليك الاستعداد للخضوع لل المستوى الثاني من التقييم إذا طلب منك ذلك. ويمكن أن يتضمن المستوى الثاني من التقييم على إجراء مقابلة عبر الهاتف معك، أو الخضوع لفحص طبي، أو إجراء مقابلة مباشرة. وقد تتضمن مقابلة الشخصية إجراء اختبار وظيفي لتحديد قدراتك على القيام بمرحلة عبر وسائل النقل العام، كان تكون قادرًا على المشي إلى محطة للحافلات، وقراءة العلامات واللافتات الخ.

سوف تلتقي إخطاراً يحدد أهلية قدرتك عن طريق البريد. إذا تم التصديق على أهلية قدرتك، فستكون مؤهلاً للسفر في جميع أنحاء المقاطعات التسعة في منطقة الخليج. إذا لم تكن تتفق مع تحديد الأهلية، فمن حقك الاستئناف. وسيتم إدراج المعلومات حول كيفية تقديم الاستئناف مع الإشعار المقدم إليك حول أهلية قدرتك. إذا كان تحديد الأهلية يستغرق وقتاً أطول من 21 يوماً، فقد يتمنحك الأهلية التي تسمح لك باستخدام نظام خدمة نقل المعاقين (باراترانزيت) حتى يتم اتخاذ قرار نهائي حول أهلية قدرتك. ولا ينطبق ذلك في حالة عدم تمكننا من استكمال النظر في طلبك بسبب عدم قيامك على اتخاذ الإجراءات المطلوبة.

تعليمات للمتقدمين

1. يرجى الكتابة بخط واضح أو باستخدام آلة كاتبة لتقديم ردود كاملة على جميع الأسئلة في استماراة الطلب. وسوف تساعدنا الردود والإيضاحات التفصيلية المقدمة من جانبك على التوصل إلى القرار تقرير المناسب. احرص على الرد على جميع الأسئلة منعاً لعدم اعتبارك طلبك غير مكتمل. وذلك لأن الطلبات غير المستوفاة سيتم إرجاعها.
2. ليس مطلوبًا منك إرفاق صفحات أو معلومات إضافية. ومع ذلك، فلعلك ترغب في إرسال مستندات أخرى ترى أنها ستساعدنا على فهم القيود التي تواجهها. ستبقى كل المعلومات التي توفرها محفوظة في إطار من السرية التامة.
3. ويجب عليك تقديم التوقيعات في ثلاثة أماكن لاستكمال طلب التقديم:

- شهادة مقدم الطلب (صفحة 8)
- التصريح بنشر المعلومات لأخصائي طبي أو مختص مناسب لإعادة التأهيل (الصفحتان 9 و10)

4. أعد طلب التقديم بعد استيفائه إلى: 68 – 12th Street, San Francisco, CA 94103

للمساعدة في عملية تقديم الطلب أو للاطمئنان على حالة طلبك، يرجى الاتصال
برقم: 415-7050 (351) - شكرًا لك -

شكراً لك

يرجي الكتابة بخط واضح

معلومات الاتصال / المعلومات الشخصية

الاسم : (الأول، الأوسط، الأخير)

_____ البريد الإلكتروني _____

_____ شقة رقم: _____ عنوان المنزل:

_____ الرمز البريدي: _____ مدينة:

عنوان المراسلات (إذا كان العنوان مختلفاً عن عنوان المنزل):

_____ شقة رقم: _____

_____ الرمز البريدي: _____ مدينة:

_____ (TDD/TTY) هاتف الأتصال خلال أوقات النهار ()

_____ الهاتف الخلوي: () هاتف الأتصال في فترات المساء:

تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ ذكر أنثى

اللغة الأساسية (يرجى الاختيار): اللغة أخرى (يرجى التحديد) الأنجلizية

- العنصر/الانتماء العرقي (اختياري):
- آسيوي و/أو أحد سكان جزر المحيط الهاديء
 - من أصل إسباني و/أو أمريكي لاتيني
 - من أصل شرق أوسطي و/أو شمال أفريقي
 - غير ذلك
 - أبيض
 - أمريكي أصلي
 - أفضل عدم الإفصاح
 - عنصر آخر أو إنتماء عرقي آخر (حدد): _____

إذا كنت ستحتاج في المستقبل إلى أي معلومات مكتوبة بصيغة مجهزة للمعاقين، فيرجي تحديد الصفيحة المفضلة:

- قرص كمبيوتر/أقرص مدمج(CDR) طباعة كبيرة
- شريط صوتي برين

في حالة الطوارئ، من الذي علينا الاتصال به؟

الاسم: _____

الصلة: _____

هاتف الاتصال خلال المساء: () هاتف الاتصال خلال النهار: ()

أخبرنا عن حالة الإعاقة / الوضع المتعلق بحالتك الصحية

الرجاء الإجابة على الأسئلة التالية بالتفصيل؛ فسوف تساعدنا أجوبتك المحددة على الأسئلة في تحديد أهليتك.

1. ما هي حالة الإعاقة / الوضع المتعلق بحالتك الصحية الذي يمنعك من استخدام وسائل النقل العامة العادية دون مساعدة من شخص آخر (أي خدمة بارت والحافلات، والترام)؟

2. اشرح بشكل موجز كيف تمنعك حالتك من استخدام وسائل النقل العامة العادية دون مساعدة من شخص آخر.

3. متى أصبت لأول مرة بالحالة الصحية التي وصفتها أعلاه؟
□ قبل 1-0 سنة □ قبل 1 - 5 سنوات □ لفترة أطول من 5 سنوات

4. هل الشروط التي وصفتها تتغير من يوم لآخر بطريقة تؤثر على قدرتك على استخدام وسائل النقل العام؟
□ نعم، بحالة جيدة في بعض الأيام، وحالة سيئة في أيام أخرى. □ لا، لا تغير.
□ لا أعرف.

5. هل الظروف التي وصفتها:
□ مستديمة □ مؤقتة
إذا كانت مؤقتة، فما هي متى تتوقع أن تستمر؟

أخبرنا عن قدراتك وأنشطتك المعتادة

6. هل تستخدم أي من الوسائل التالية المعينة على التنقل أو المعدات المتخصصة؟
(حدد جميع الخيارات المنطقية):
- أجهزة تواصل عصا المشي
 جهاز مساعد على السير (ووكر) كرسي متراك كهربائي
 عكازات عصا سير للمكفوفين حيوان أليف مدرب
يدوي دراجة كهربائية بعجلتين (سكتر)
 دعامات للساقيين خزان أكسجين متنقل
 وسائل معايدة أخرى
7. يرجى تحديد الخانة الأقرب إلى وصف وضعك المعيشي الحالي:
- رعاية على مدار 24 ساعة أو وحدة للرعاية الصحية المتخصصة
 وحدة للوسائل المساعدة على المعيشة
 أتلقى المساعدة من شخص ما يأتي إلى منزلي للمساعدة في أنشطة الحياة اليومية
 أعيش مع أفراد الأسرة الذين يتولون مساعدتي
 أعيش بشكل مستقل (دون مساعدة من شخص آخر)
8. كم عدد المربعات السكنية (البلوكات) التي يمكنك السير خلالها باستخدام وسائلك المعتادة المساعدة على الحركة دون مساعدة من شخص آخر؟
-
9. أي من العبارات التالية هي الأقرب إلى وصف ما إذا كنت مضطراً إلى الانتظار بالخارج للركوب؟
(حدد ردًّا واحداً فقط):
- يمكنني الانتظار لوحدي لمدة عشر إلى خمس عشرة دقيقة
 يمكنني الانتظار لوحدي لمدة عشر إلى خمس عشرة دقيقة فقط إذا كان لدي مقعد وأمأوى
 أحتج إلى وجود شخص ينتظر معي لأن:
-
10. أي من العبارات التالية هي الأقرب إلى تقديم أفضل وصف لك؟
(حدد عبارة واحدة فقط):
- لم يسبق لي استخدام وسائل النقل العامة العادية
 استخدمت وسائل النقل العامة العادية ولكنني لم استخدمها منذ بداية إعاقتي
 استخدمت وسائل النقل العامة العادي في غضون الأشهر الستة الماضية

أخبرنا عن احتياجاتك للسفر والتنقل

11. كيف تتنقل حالياً إلى وجهاتك المعتادة؟

(حدد جميع الخيارات المنطقية):

- حافلات باراوترانزيت أتولى القيادة بنفسي بارت (BART)
 سيارة أجرة (تاكتسي) عبارة ترام هناك شخص ينقلني بالسيارة
 غير ذلك
-

12. هل تساور بمساعدة شخص آخر؟

- دائمًا أحياناً مطلقاً

12-أ. إذا أجبت بكلمة "دائمًا" أو "أحياناً"، فما نوع المساعدة التي يقدمها ذلك الشخص؟

13. هل يمكنك الانتقال من وإلى محطة النقل العام الأقرب إلى منزلك؟

- نعم لا أحياناً
في حالة الإجابة بكلمة "لا" أو "أحياناً"، فعليك بشرح السبب:
-
-

14. هل يمكنك الإمساك بالمقابض أو الدرابزين، أو النقود المعدنية أو التذاكر أثناء الصعود أو الخروج من ركبة العبور؟

- نعم لا أحياناً
في حالة الإجابة بكلمة "لا" أو "أحياناً"، فعليك بشرح السبب:
-
-

15. هل يمكنك الحفاظ على توازنك وتحمل حركة وسيلة النقل العام عندما تكون جالساً؟

- نعم لا أحياناً
في حالة الإجابة بكلمة "لا" أو "أحياناً"، فعليك بشرح السبب:
-
-

16. هل يمكنك ركوب حافلة النقل العام أو النزول منها إذا كانت مجهزة برافعة أو سطح منحدر أو حامل
يهدى بمقدمة الحافلة؟

نعم لا أحياناً لا أعرف، فلم يسبق لي أبداً أن حاولت
في حالة الإجابة بكلمة "لا" أو "أحياناً"، فعليك بشرح السبب:

17. الرجاء إضافة أي معلومات أخرى ان كنت تريده منا أن تعرفه عن قراتك.

هل أجبت على جميع الأسئلة وقدمت التفسيرات المطلوبة؟
لاحظ أن الطلبات غير المستوفاة سيتم إرجاعها.

توثيق حالة مقدم الطلب

أقر بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وسليمة. أنا أفهم تعمد تزوير المعلومات سيؤدي إلى الحرمان من الخدمة. كما أفهم أن جميع المعلومات ستبقى سرية، ولن يتم الكشف إلا المعلومات المطلوبة لتوفير الخدمات التي أطلب الكشف عنها لمن يقدمون الخدمات.

أنا أفهم أنه قد يكون من الضروري الاتصال بأخصائي على علم بقدراتي الوظيفية لاستخدام وسائل النقل العامة للمساعدة في تحديد أهليتي.

وَقْعُ هُنَا:

توقيع مقدم الطلب

هل هناك أي شخص (على سبيل المثال، أحد الأقارب، أو أخصائي اجتماعي أو إحدى الهيئات، الخ) التي تريد
منا إبلاغها قبل انتهاء أهليتك بفترة 90 يوماً؟
 لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فعليك بتقديم اسم ذلك الشخص أو تلك الجهة:

عنوان البريد الإلكتروني: _____
هاتف: (_____) _____

الصلة: _____

هل ساعدك أحد الأشخاص في ملء هذه الاستماراة؟
 لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى تقديم اسمه:
هاتف: (_____) _____

الصلة: _____

يرجى الملاحظة: من مسؤوليتنا إعلامنا في حالة حدوث تحسن كافٍ على إعاقتك بما يغير من وضعية أهليتك.
إذا تحسنت حالتك بعد أن تم تحديد أهليتك أو إذا اكتشفنا أنك قدمت معلومات كاذبة، فمن الممكن أن يتم تعليق
أهليتك أو قد يطلب منك إعادة التقديم بطلبك.

تصريح بشر المعلومات الطبية

(يلزم استيفاؤه بمعرفة مقدم الطلب)

أنا – الموقع أعلاه أفوض المختص التالي المرخص له بمزاولة المهنة (طبيب، معالج، أخصائي اجتماعي، الخ)، والذين يمكنه أن يتحقق من إعاقتي أو حالي ذات الصلة بوضعي الصحي – بالكشف عن هذه المعلومات لوكالة النقل العام المحلية لدى. وسوف يقتصر استخدام هذه المعلومات على التحقق من أهلية للاستفادة من خدمات خدمة نقل المعاقين (باراترانزيت). وأنا أفهم أنه من حق الحصول على نسخة من هذا التفويض، كما يمكنني إلغاءه في أي وقت.

اسم المخصص المصرح له بالكشف عن معلوماتي الطبية:

عنوان:

السجل الطبي أو رقم التعريف، إذا كان معروفاً:

هاتف

فاكس

وقع هنا:

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

تصريح بنشر المعلومات
(يلزم استيفاؤه بمعرفة ممثل عن مقدم الطلب)

إلى:

أصرح باستخدام أو الكشف عن أي معلومات صحية قد تقود إلى الاستدلال على شخصيتي (والمشار إليها باسم "المعلومات الصحية المحمية") وفقاً لما هو موضح أدناه في هذا النموذج (المشار إليه اختصاراً باسم "التصريح") لشركة Veolia/SF Paratransit لأغراض تحديد مدى أهلية لتنقي خدمات النقل.

اسم المريض:

يرجى إرسال المعلومات المطلوبة إلى:

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

وصف محدد للمعلومات الصحية المحمية المراد استخدامها أو الكشف عنها:
حالة الإعاقة المؤثرة (واحدة كانت أو أكثر) التي أصابت المتقدم بالطلب أو المريض لديك، وكيف (تأثير على قدرته) على استخدام خدمات Muni أو BART بمفرده، من الحافلات والقطارات المزودة بتجهيزات للمعاقين.
الحدث الذي يؤدي إلى انقضاء هذا التصريح:

تصدور إقرار من متخصص يقر بالمعلومات المحددة المطلوبة (انظر أعلى)، والتي تتيح لنا تحديد الأهلية للاستفادة من خدمات باراترانزيت المقدمة بموجب قانون ADA.
أنا أفهم أن معلوماتي الصحية المحمية تخضع لإعادة الكشف للمنافي المصرح له باستلام المعلومات الصحية المحمية وذلك بموجب هذا التقويس، وأن المعلومات الصحية المحمية قد لا تكون محمية من قبل قوانين الخصوصية الفيدرالية. أفهم أيضاً أنه يجوز لي سحب هذا التصريح في أي وقت عن طريق توجيه إخطار كتابي لك، ولكن إذا قمت بذلك، فلن يكون له أي تأثير على أي من الإجراءات التي قمت باتخاذها قبل تنفي إلغاء هذا التقويس.

التاريخ

توقيع الفرد أو الممثل عنه

(يجب استيفاء الاستمارة قبل التوقيع)

يجب كتابة اسم ممثل الفرد بشكل واضح:

علاقته بالفرد:

الشاهد

(هذه الاستماراة متوفرة بصيغ سهلة الاستخدام من جانب المعاقين و/أو بلغات بديلة عند الطلب).

DALLAS 1271424vl