

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

## معلومات هامة للمتقدمين

تشتمل هذه الباقية 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 العادية بمفردهم - سواء 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 أهليتك للاستفادة بالخدمة. يتم تحديد الأهلية على أساس كل حالة على حدة. وفقاً للوائح ADA، تقتصر الأهلية في حدود نطاق ضيق جداً على من يواجهون قيوداً محددة تمنعهم 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 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 قدرتك على استخدام وسائل النقل العام المزودة بتجهيزات للمعاقين. وبعد دراسة طلبك، قد نحتاج إلى مزيد من المعلومات. قد نحتاج 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  
قرص كمبيوتر/اسطوانة مدمجة CDR  
اتصل برقم: (415) 351-7000

سيتم النظر في طلبك في غضون 21 يوماً من تاريخ تلقيه. يجب استكمال طلب التقدم بشكل صحيح كما يجب عليك الاستعداد للخضوع للمستوى 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 المقابلة الشخصية إجراء اختبار وظيفي لتحديد قدرتك على القيام برحلة عبر وسائل النقل العام، كأن تكون قادرًا على المشي إلى محطة للحافلات، وقرأة العلامات واللافتات الخ.

سوف تتلقى إخطارًا يحدد أهليتك عن طريق البريد. إذا تم التصديق على أهليتك، 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 أهليتك. إذا كان تحديد الأهلية يستغرق وقتًا أطول من 21 يوماً، فقد يت منحك الأهلية التي تسمح لك باستخدام نظام خدمة نقل المعاقين (باراترانزيت) حتى يتم اتخاذ قرار نهائي حول أهليتك. 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 استمارة الطلب. وسوف تساعدنا الردود والإيضاحات التفصيلية المقدمة من جانبك على التوصل إلى القرار تقرير المناسب. احرص على الرد على جميع الأسئلة منعا 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 التقدم:

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

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

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

- شكرًا لك -

شكرًا لك

## يرجى الكتابة بخط واضح

معلومات الاتصال / المعلومات الشخصية

الاسم: (الأول، الأوسط، الأخير)

البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_

عنوان المنزل: \_\_\_\_\_ شقة رقم: \_\_\_\_\_

مدينة: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

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

شقة رقم: \_\_\_\_\_

مدينة: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

هاتف الاتصال خلال أوقات النهار ( ) \_\_\_\_\_ TDD/TTY ( ) \_\_\_\_\_

هاتف الاتصال في فترات المساء: ( ) \_\_\_\_\_ الهاتف الخليوي: ( ) \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  ذكر  أنثى

اللغة الأساسية (يرجى الاختيار):  الإنجليزية  لغة أخرى (يرجى التحديد) \_\_\_\_\_

العنصر/ الانتماء العرقي (اختياري):  أسوي و/أو أحد سكان جزر المحيط الهادئ

أسود و/أو أمريكي من أصل أفريقي  من أصل أسباني و/أو أمريكي لاتيني  أبيض

من أصل شرق أوسطي و/أو شمال أفريقي  أمريكي أصلي

عنصر آخر أو إنتماء عرقي آخر (حدد): \_\_\_\_\_  أفضل عدم الإفصاح

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

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

غير ذلك \_\_\_\_\_

في حالة الطوارئ، من الذي علينا الاتصال به؟

الاسم: \_\_\_\_\_

الصلة: \_\_\_\_\_

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

## 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 0-1 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 تتغير.  
 لا أعرف.

5. هل الظروف التي وصفتها:  
 مستديمة  مؤقتة  لا أعرف  
إذا كانت مؤقتة، فإلى 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 المنطبقة):

- عصا المشي  كرسي متحرك كهربائي  أجهزة تواصل  
 عصا سير للمكفوفين  حيوان أليف مُدَرَّب  جهاز مساعد على السير (ووكر)  
 دراجة كهربائية بعجلتين (سكوتر)  عكازات  كرسي متحرك  
يدوي  
 دعامات للساقين  خزان أكسجين متنقل  
 وسائل مساعدة 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 وسيلتك المعتادة المساعدة على الحركة ودون مساعدة من شخص آخر؟

9. أي من العبارات التالية هي الأقرب إلى وصف ما إذا كنت تضطر إلى الانتظار بالخارج للركوب؟  
(حدد ردًا واحدًا فقط):

- يمكنني الانتظار لوحدي لمدة عشر إلى خمس عشرة دقيقة  
 يمكنني الانتظار لوحدي لمدة عشر إلى خمس عشرة دقيقة فقط إذا كان لدي مقعد ومأوى  
 أحتاج 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 تنتقل حالياً إلى وجهاتك المعتادة؟  
(حدد جميع الخيارات المنطبقة):  
 حافلات  باراترانزيت  أتولى القيادة بنفسى  بارت (BART)  هناك شخص ينقلني بالسيارة  
 سيارة أجرة (تاكسي)  عبّارة  ترام  غير ذلك

12. هل تسافر بمساعدة شخص آخر؟  
 دائماً  أحياناً  مطلقاً  
12-أ إذا أجبت بكلمة "دائماً" 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 الدرايزين، أو النقود المعدنية أو التذاكر أثناء الصعود أو الخروج مركبة العبور؟  
 نعم  لا  أحياناً  لا أعرف، فلم يسبق لي أبداً أن حاولت  
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  لا أعرف، فلم يسبق لي أبداً أن حاولت  
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 يهبط 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 تريد منا أن نعرفه عن قدراتك.

---

---

---

---

---

---

---

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 تعدد 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.

وقّع هنا:

توقيع مقدم الطلب \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

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؟

نعم  لا

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

عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_ هاتف: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

الصلة: \_\_\_\_\_

هل ساعدك أحد الأشخاص في ملء هذه الاستمارة؟ نعم  لا

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

الصلة: \_\_\_\_\_

**يرجى الملاحظة:** من مسؤوليتك 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 يُطلب منك إعادة التقدم بطلبك.



## تصريح بشر المعلومات الطبية

(يلزم استيفاؤه بمعرفة مقدم الطلب)

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

اسم المخصص المصرح له بالكشف عن معلوماتي الطبية:

عنوان: \_\_\_\_\_

السجل الطبي أو رقم التعريف، إذا كان معروفاً: \_\_\_\_\_

هاتف \_\_\_\_\_

فاكس \_\_\_\_\_

وقّع هنا:

توقيع مقدم الطلب \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

**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 أهليتي لتلقي 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 الموثقة (واحدة كانت أو أكثر) التي أصابت المتقدم بالطلب أو المريض لديك، وكيف (تؤثر على قدرته) على استخدام خدمات Muni أو BART بمفرده، من الحافلات والقطارات المزودة بتجهيزات للمعاقين. الحدث الذي يؤدي إلى انقضاء هذا التصريح:

صدور إقرار من متخصص يقر بالمعلومات المحددة المطلوبة (انظر أعلاه)، والتي تتيح لنا تحديد الأهلية للاستفادة من خدمات باراترانزيت المقدمة بموجب قانون ADA.

أنا أفهم أن معلوماتي الصحية المحمية تخضع لإعادة الكشف للمتلقي المصرح له باستلام المعلومات الصحية المحمية وذلك بموجب هذا التفويض، 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 تلقي إلغاء هذا التفويض.

التاريخ

توقيع الفرد أو الممثل عنه

(يجب استيفاء الاستمارة قبل التوقيع)

يجب كتابة اسم ممثل الفرد بشكل واضح:

علاقته بالفرد:

الشاهد

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

DALLAS 1271424v1