

ใบสมัครบริการขนส่งพิเศษเพื่อคนพิการ ADA

ข้อมูลสำคัญสำหรับผู้สมัคร

เอกสารชุดนี้ประกอบด้วยข้อมูลและแบบฟอร์มที่คุณต้องใช้สำหรับการสมัครบริการขนส่งพิเศษเพื่อคนพิการ (paratransit) ในบริเวณอ่าวซาน ฟรานซิสโก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของข้อกำหนดในพระราชบัญญัติผู้พิการของสหรัฐอเมริกา (ADA) บริการขนส่งพิเศษเพื่อผู้พิการให้บริการโดยระบบขนส่งสาธารณะ บริการพิเศษประเภทนี้ถูกจำกัดให้เฉพาะแก่บุคคลที่ไม่สามารถใช้บริการขนส่งสาธารณะทั่วไปโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นครั้งคราวหรือทุกครั้งเนื่องด้วยความพิการหรือสภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

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
แผ่นดิสก์เกิดด์/CDR**

โทร: (415) 351-7000

ใบสมัครของคุณจะได้รับการดำเนินการภายใน 21 วันหลังจากที่ได้รับ
ใบสมัครจะต้องครบถ้วนสมบูรณ์และถูกต้อง
คุณต้องพร้อมสำหรับการประเมินขั้นที่สองหากได้รับเชิญ การประเมินขั้นที่สองอาจได้แก่
การสัมภาษณ์คุณทางโทรศัพท์ การตรวจสอบทางการแพทย์ หรือสัมภาษณ์ตัวต่อตัว
ในการสัมภาษณ์ตัวต่อตัวอาจมีการทดสอบความสามารถเพื่อตรวจสอบความสามารถในการใช้
บริการขนส่งสาธารณะระหว่างการเดินทาง
เช่นความสามารถในการเดินไปที่ป้ายรถเมล์อ่านสัญญาณ ฯลฯ

คุณจะได้รับแจ้งผลการตัดสินใจของคุณโดยทางไปรษณีย์ หากคุณได้รับการรับรองว่ามีสิทธิ์
คุณจะมีสิทธิ์ที่จะเดินทางไปทั่วบริเวณอ่าวเก๋าเขต หากคุณไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจ
คุณมีสิทธิ์ที่จะยื่นอุทธรณ์
ข้อมูลเกี่ยวกับการยื่นอุทธรณ์จะแนบมาพร้อมกับเอกสารแจ้งสิทธิ์ของคุณ
หากการตัดสินใจใช้เวลานานกว่า 21 วัน
คุณอาจจะได้รับสิทธิ์ให้ใช้บริการขนส่งพิเศษเพื่อผู้พิการจนกว่าจะมีการตัดสินใจสุดท้ายเกี่ยวกับ
สิทธิ์ของคุณ ทั้งนี้
คุณจะได้สิทธิ์ตามกรณีนี้หากความล่าช้าเกิดจากตัวคุณเองและเราไม่สามารถดำเนินการใบ
สมัครของคุณจนเสร็จสิ้น

คำแนะนำสำหรับผู้สมัคร

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

สำหรับความช่วยเหลือในขั้นตอนการสมัครหรือเพื่อตรวจสอบสถานะของ
ใบสมัครของคุณ กรุณาโทรสอบถามที่: (415) 351-7050

ขอบคุณ

กรณารอกตัวบรรจง

ข้อมูลส่วนตัว/สำหรับติดต่อ

ชื่อ (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล):

อีเมล: _____

ที่อยู่บ้าน: _____

อพาร์ทเมนต์เลขที่: _____

เมือง: _____

รหัสไปรษณีย์: _____

ที่อยู่ไปรษณีย์ (หากแตกต่างจากบ้าน):

อพาร์ทเมนต์เลขที่: _____

เมือง: _____

รหัสไปรษณีย์: _____

โทรศัพท์กลางวัน: (_____) _____

TDD/TTY: (_____) _____

โทรศัพท์กลางคืน: (_____) _____

มือถือ: (_____) _____

วันเดือนปีเกิด: ____/____/____

ชาย หญิง

ภาษาหลัก ภาษาอังกฤษ ง่าย อื่นๆ (โปรดระบุ) _____

เผ่าพันธุ์/เชื้อชาติ (ไม่จำเป็น): เอเชีย และ/หรือ ชาวเกาะแปซิฟิก

ชาวผิวดำ และ/หรือ ชาวแอฟริกัน อเมริกัน ชาวฮิสแปนิก และ/หรือ ลาติน ชาวผิวขาว

ชาวตะวันออกกลาง และ/หรือ ชาวแอฟริกาเหนือ ชาวพื้นเมืองอเมริกา

เผ่าพันธุ์ หรือ เชื้อชาติ อื่นๆ (ระบุ) _____ ไม่ประสงค์จะระบุ

หากคุณต้องการรับข้อมูลเพิ่มเติมใดๆในอนาคตในรูปแบบลายลักษณ์อักษรที่เข้าถึงได้ กรุณาทำ

เครื่องหมายรูปแบบที่คุณต้องการ

ดิสก์เก็ต / CDR เทปเสียง อักษรเบลล์ ตัวหนังสือขนาดใหญ่

อื่นๆ _____

กรณาระบุชื่อผู้ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน

ชื่อ: _____

ความสัมพันธ์: _____

โทรศัพท์กลางวัน: (_____) _____

โทรศัพท์กลางคืน: (_____) _____

โปรดแจ้งเราเกี่ยวกับความพิการ / ปัญหาด้านสุขภาพของคุณ

กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้อย่างรายละเอียด - คำตอบเฉพาะของคุณต่อคำถามเหล่านี้จะช่วยเราในการตัดสินใจของคุณ

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):
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่เท่า | <input type="checkbox"/> เก้าอี้รถเข็นไฟฟ้า | <input type="checkbox"/> อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนที่ |
| <input type="checkbox"/> ไม่เท่าขา | <input type="checkbox"/> สัตว์นำทาง | <input type="checkbox"/> วอล์กเกอร์ |
| <input type="checkbox"/> สกูตเตอร์ไฟฟ้า | <input type="checkbox"/> ไม่พยางค์ | <input type="checkbox"/> เก้าอี้รถเข็นมือ |
| <input type="checkbox"/> ไม่พยางค์ขา | <input type="checkbox"/> ถังอ็อกซิเจนเคลื่อนที่ | |
| <input type="checkbox"/> อุปกรณ์อื่นๆ _____ | | |
7. กรุณาทำเครื่องหมายข้อที่อธิบายสถานที่อยู่อาศัยในปัจจุบันของคุณได้ดีที่สุด:
- สถาบันบำบัดหรือดูแลพยาบาลอย่างมืออาชีพตลอด 24 ชั่วโมง
 - สถานพักพิง
 - ฉันได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรที่มาให้บริการถึงที่บ้านช่วยกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของฉัน
 - ฉันอยู่กับสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยฉัน
 - ฉันอาศัยอยู่ตามลำพัง (โดยปราศจากความช่วยเหลือของบุคคลอื่น)
8.
คุณสามารถเดินทางด้วยอุปกรณ์ช่วยเคลื่อนที่ของคุณและโดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือของบุคคลอื่นได้ไกลกี่บล็อกถนน
-
9. ข้อความใดต่อไปนี้อธิบายได้ดีที่สุด
ในกรณีที่你会ต้องรอรถโดยสารสาธารณะอยู่ข้างนอก
(กรุณาทำเครื่องหมายเพียงหนึ่งคำตอบ):
- ฉันสามารถรออยู่ลำพังสิบถึงสิบห้านาที
 - ฉันสามารถรออยู่ลำพังสิบถึงสิบห้านาทีเฉพาะกรณีที่มีที่นั่งและที่กำบัง
 - 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"

บุคคลนั้นให้ความช่วยเหลือกับคุณอย่างไรบ้าง _____

13. คุณสามารถเดินทางไปและกลับจากจุดการขนส่งสาธารณะที่ใกล้บ้านคุณที่สุดได้หรือไม่
 ได้ ไม่ได้ บางครั้ง

ถ้าไม่ได้หรือบางครั้ง กรุณาอธิบายว่าทำไม:

14. คุณสามารถที่โหนที่จับ ราว หยิบเหรียญหรือตัวในขณะที่กำลังขึ้น
ลงจากรถขนส่งโดยสารได้หรือไม่

ได้ ไม่ได้ บางครั้ง ไม่ทราบ ไม่เคยลอง

ถ้าไม่ได้หรือบางครั้ง กรุณาอธิบายว่าทำไม:

- 15.

คุณสามารถที่จะทรงตัวและทนกับการเคลื่อนไหวของยานพาหนะขนส่งสาธารณะขณะที่คุณกำลังนั่งได้หรือไม่?

ได้ ไม่ได้ บางครั้ง ไม่ทราบ ไม่เคยลอง

ถ้าไม่ได้หรือบางครั้ง กรุณาอธิบายว่าทำไม:

16. คุณสามารถที่จะขึ้นหรือลงรถขนส่งสาธารณะหากมีที่ยก ทางลาดหรือ
เบาะเข่าที่ลดด้านหน้าของรถประจำทางให้ต่ำลงได้หรือไม่
 ได้ ไม่ได้ บางครั้ง ไม่ทราบ ไม่เคยลอง
ถ้าไม่ได้หรือบางครั้ง กรุณาอธิบายว่าทำไม:

17. กรุณาระบุข้อมูลเพิ่มเติมอื่นๆ
ที่คุณต้องการให้เราทราบเกี่ยวกับความสามารถของคุณ

**คุณได้ตอบทุกคำถามและให้คำอธิบายในส่วนที่ต้องอธิบายครบถ้วนหรือยัง
ใบสมัครที่ไม่ครบถ้วนจะถูกตีกลับ**

การรับรองผู้สมัคร

ข้าพเจ้าตระหนักว่าอาจจำเป็นต้องมีการติดต่อผู้เชี่ยวชาญที่คุ้นเคยกับความสามารถของข้าพเจ้าที่จะให้บริการขนส่งสาธารณะเพื่อช่วยในการตัดสินใจ

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:

เป็นความรับผิดชอบของคุณในการแจ้งให้เราทราบหากความพิการของคุณดีขึ้นพอที่จะเปลี่ยนแปลงสถานะสิทธิ์ของคุณ ถ้าปัญหาด้านสุขภาพของคุณดีขึ้นหลังจากที่คุณได้รับสิทธิ์หรือเราพบว่าคุณส่งข้อมูลที่เป็นเท็จ

สิทธิ์ของคุณอาจจะถูกระงับหรือคุณอาจจะถูกขอให้สมัครใหม่

อนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลการแพทย์

(กรอกโดยผู้สมัคร)

ข้าพเจ้าอนุญาต ณ ที่นี้ให้ผู้ที่มิใช่ประกอบอาชีพ (แพทย์, นักบำบัด,
นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ)

สามารถตรวจสอบความพิการหรือปัญหาด้านสุขภาพของข้าพเจ้าดังต่อไปนี้
และมอบข้อมูลนี้ให้กับหน่วยงานขนส่งสาธารณะท้องถิ่นของข้าพเจ้า

ข้อมูลนี้จะถูกใช้เพียงเพื่อยืนยันคุณสมบัติของข้าพเจ้าสำหรับการให้บริการขนส่งพิเศษ
สำหรับผู้พิการ

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะได้รับสำเนาของหนังสืออนุญาตนี้และข้าพเจ้าอาจ
เพิกถอนได้ตลอดเวลา

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

ข้อมูลด้านสุขภาพที่ระบุตัวตนต่อไปนี้ที่จะถูกใช้หรือเปิดเผย:

เอกสารระบบความพิการของผู้สมัคร และการเป็นอุปสรรค (ต่อความสามารถของผู้สมัครในการใช้บริการ Muni หรือ BART หรือรถประจำทาง รถไฟ ตามลำพัง

สิ่งที่จะเกิดขึ้นเมื่อการอนุญาตนี้หมดอายุลง

การยืนยันโดยผู้เชี่ยวชาญถึงข้อมูลจำเพาะตามที่ขอ (ดูด้านบน)
ซึ่งช่วยเราในการกำหนดสิทธิการให้บริการขนส่งพิเศษสำหรับผู้พิการ ADA

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าประวัติทางการแพทย์ที่เป็นความลับของข้าพเจ้าอาจถูกเปิดเผยซ้ำให้กับผู้ได้รับอนุญาตรับข้อมูลประวัติทางการแพทย์ที่เป็นความลับตามหนังสืออนุญาตฉบับนี้และประวัติทางการแพทย์ที่เป็นความลับที่ถูกเปิดเผยอาจไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยความเป็นส่วนตัวของสหพันธรัฐ

ข้าพเจ้ายังทราบดีอีกด้วยว่าข้าพเจ้าสามารถเพิกถอนหนังสืออนุญาตฉบับนี้ได้ทุกเมื่อโดยการแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษร และหากข้าพเจ้าทำการเพิกถอน จะไม่มีผลต่อข้อมูลที่ฉันได้รับก่อนหน้าการเพิกถอนหนังสืออนุญาตฉบับนี้

ลายมือชื่อของผู้ยินยอมหรือตัวแทน _____ วันที่ _____
(แบบฟอร์มต้องครบถ้วนสมบูรณ์ก่อนลงชื่อ)

ถ้ามี กรุณาระบุชื่อตัวแทนด้วยตัวบรรจง _____
ความสัมพันธ์: _____

พยาน _____ วันที่: _____
แบบฟอร์มฉบับนี้มีในรูปแบบอื่นๆ ที่เข้าถึงได้ และในภาษาต่างๆ ซึ่งคุณสามารถขอรับได้

DALLAS 12712424v1