

Đơn xin Dịch vụ Chuyên chở cho Người Khuyết tật ADA

THÔNG TIN QUAN TRỌNG CHO NGƯỜI NỘP ĐƠN

Tập tài liệu này bao gồm thông tin và các mẫu đơn bạn cần phải nộp để hội đủ điều kiện cho dịch vụ chuyên chở cho người khuyết tật trong Vùng Vịnh San Francisco. Là một phần của những đòi hỏi của Đạo luật về Người Mỹ bị Khuyết Tật (Americans with Disabilities Act (ADA)), dịch vụ chuyên chở người khuyết tật được cung cấp bởi tất cả các hệ thống chuyên chở công cộng. Loại dịch vụ chuyên chở công cộng đặc biệt này được giới hạn và dành cho những người, đôi khi hoặc luôn luôn, không thể tự mình sử dụng phương tiện chuyên chở công cộng thông thường, do bị khuyết tật hoặc vì tình trạng sức khỏe.

Để có thể sử dụng dịch vụ chuyên chở người khuyết tật ADA, bạn phải được chứng nhận hội đủ điều kiện. Điều kiện được xác định trên cơ sở từng trường hợp cụ thể. Theo quy định của ADA, điều kiện giới hạn nghiêm ngặt cho những người có những hạn chế cụ thể khiến họ không thể sử dụng chuyên chở công cộng.

Đơn của bạn có thể được chấp thuận để được hưởng đầy đủ (không điều kiện) hoặc trên cơ sở giới hạn cho một số chuyến đi mà thôi (đủ điều kiện với giới hạn). Nếu bạn được phát hiện có khả năng sử dụng xe buýt và xe điện thông thường cho tất cả các chuyến đi, mà không cần sự giúp đỡ của người khác, thì bạn sẽ không đủ điều kiện cho dịch vụ chuyên chở cho người khuyết tật.

Bạn phải điền đầy đủ mẫu đơn đính kèm để xin hội đủ điều kiện. Chúng tôi sẽ xem xét khả năng sử dụng chuyên chở công cộng của bạn. Sau khi xét đơn, chúng tôi có thể cần thêm thông tin. Chúng tôi có thể cần phải:

- Liên lạc với bạn bằng điện thoại
- Xếp lịch cho một cuộc phỏng vấn hoặc thẩm định chức năng, hoặc
- Tham khảo ý kiến bác sĩ, chuyên gia y tế, hoặc chuyên gia khác của bạn về tình trạng và khả năng của bạn.

Để có dưới dạng thức :

Braille, Chữ IN to, Băng nghe, Đĩa Điện toán/ CDR

Hãy gọi: (415) 351-7000

Đơn xin của bạn sẽ được giải quyết trong vòng 21 ngày sau khi nhận được. Đơn phải được điền đầy đủ và đúng và bạn hãy chuẩn bị cho một cuộc thẩm định cấp hai nếu được yêu cầu. Thẩm định cấp hai có thể bao gồm một cuộc phỏng vấn qua điện thoại, xác minh y tế, hoặc một cuộc phỏng vấn trực tiếp. Phỏng vấn trực tiếp có thể bao gồm kiểm tra chức năng để xác định khả năng sử dụng vận chuyển công cộng, chẳng hạn như là khả năng đi bộ đến trạm xe buýt, đọc những dấu hiệu, vân vân.

Bạn sẽ nhận được thông báo về quyết định đơn xin của bạn qua bưu điện. Nếu bạn được chứng nhận đủ điều kiện, bạn sẽ có thể đi lại khắp chín quận hạt trong Vùng Vịnh. Nếu bạn không đồng ý với quyết định thì bạn có quyền kháng cáo. Thông tin về cách nộp đơn kháng cáo sẽ được bao gồm trong thông báo quyết định. Nếu việc cứu xét đơn kéo dài hơn 21 ngày, bạn có thể đủ điều kiện sử dụng hệ thống chuyên chở người khuyết tật cho đến khi có quyết định cuối cùng về đơn xin. Điều này không áp dụng nếu, thông qua việc không hành động của bạn, chúng tôi đã không thể hoàn tất thủ tục cứu xét đơn xin.

CHỈ DẪN CHO NGƯỜI NỘP ĐƠN

1. Vui lòng **VIẾT CHỮ IN HOẶC ĐÁNH MÁY tất cả các trả lời** trong mẫu đơn. Các trả lời chi tiết và những giải thích của bạn sẽ giúp chúng tôi có quyết định thích hợp. Nhớ **trả lời TẤT CẢ các câu hỏi nếu không đơn sẽ bị coi là không được điền đầy đủ**. Đơn không điền đầy đủ sẽ bị trả lại.
2. Bạn không bắt buộc phải kèm thêm trang thông tin. Tuy nhiên bạn có thể gửi những tài liệu bạn thấy giúp chúng tôi hiểu được những giới hạn của bạn. **Tất cả thông tin bạn cung cấp sẽ được bảo mật triệt để**.
3. **Bạn phải ký tên vào ba chỗ để hoàn tất đơn xin:**
 - Applicant Certification (Chứng nhận Người Nộp đơn - Trang 8)
 - Authorization to Release Information for an appropriate medical or rehabilitation professional (Giấy cho phép Tiết lộ Thông tin Y tế cho chuyên nghiệp y tế hoặc phục hồi - Trang 9 và 10)
4. **Gửi trả lại đơn đã điền đầy đủ về: 68 – 12th Street, San Francisco, CA 94103.**

Để được giúp trong thủ tục hoặc hỏi về tình trạng đơn xin, vui lòng gọi: (415) 351-7050.

Xin Cảm ơn

Viết chữ In

Thông tin Cá nhân/Liên lạc

Tên (tên, đệm, họ):

E-Mail: _____

Địa chỉ Nhà: _____

Hộ #: _____

Thành phố: _____

Zip: _____

Địa chỉ Thư (nếu khác với nhà):

Hộ #: _____

Thành phố: _____

Zip: _____

Điện thoại Ngày: (_____) _____

TDD/TTY: (_____) _____

Điện thoại Chiều: (_____) _____

Di động: (_____) _____

Ngày sinh: ____/____/____ Nữ

Nam

Ngôn ngữ Chính (đánh dấu): Anh ngữ

Khác (nói rõ) _

Chủng tộc/Sắc tộc (không bắt buộc): Người Châu Á và/hoặc Đảo Thái Bình Dương

Người Da Đen và/hoặc Mỹ gốc Phi

Người Gốc Tây Ban Nha và/hoặc La Tinh

Người Da Trắng

Người Trung Đông và/hoặc Bắc Phi

Người Mỹ Gốc Da Đỏ

Khác (nêu rõ): _____

Từ chối nêu rõ

Nếu bạn cần thông tin bằng văn bản dưới dạng thức có thể tiếp cận được, xin đánh dấu dạng thức bạn ưa thích:

Đĩa Diskette/CDR Băng nghe Braille Chữ In to

Khác _____

Trong trường hợp khẩn cấp, chúng tôi phải liên lạc với ai?

Tên: _____

Quan hệ: _____

Điện thoại Ngày: (_____) _____

Điện thoại Chiều: (_____) _____

Sự Khuyết tật / Tình trạng Sức khỏe của bạn

Vui lòng trả lời chi tiết – trả lời cụ thể giúp chúng tôi cứu xét điều kiện hợp lệ của bạn.

1. Sự khuyết tật hoặc tình trạng sức khỏe nào đã **NGĂN CẢN** bạn sử dụng phương tiện chuyên chở công cộng thông thường mà không cần có sự giúp đỡ của người khác (như BART, xe buýt, xe điện)?

2. Giải thích ngắn gọn **TAI SAO** tình trạng của bạn khiến cho bạn không thể sử dụng vận chuyển công cộng thông thường mà không cần có sự giúp đỡ của người khác.

3. Bạn trải nghiệm những tình trạng được mô tả ở trên từ khi nào?
 từ 0-1 năm từ 1 – 5 năm hơn 5 năm

4. Các tình trạng bạn mô tả thay đổi từng ngày, ảnh hưởng đến khả năng sử dụng vận chuyển công cộng?
 Vâng, có ngày tốt, có ngày xấu. Không, không thay đổi.
 Không biết.

5. Các tình trạng mà bạn đã mô tả:
 Thường trực Tạm thời Không biết
Nếu là tạm thời, bạn dự kiến tình trạng sẽ tiếp tục trong bao lâu?

Những Khả năng và Hoạt động Thường lệ của bạn

6. Bạn có sử dụng bất cứ thiết bị hỗ trợ di chuyển hoặc thiết bị chuyên dụng nào sau đây hay không? (Đánh dấu tất cả áp dụng):
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gậy | <input type="checkbox"/> Xe lăn điện | <input type="checkbox"/> Thiết bị truyền thông |
| <input type="checkbox"/> Gậy trắng | <input type="checkbox"/> Động vật Dịch vụ | <input type="checkbox"/> Khung tập đi |
| <input type="checkbox"/> Xe Scooter | <input type="checkbox"/> Nạng | <input type="checkbox"/> Xe lăn tay |
| <input type="checkbox"/> Niềng chân | <input type="checkbox"/> Bình Ôxy cầm tay | |
| <input type="checkbox"/> Trợ giúp khác | <hr/> | |
7. Đánh dấu ô mô tả đúng nhất hoàn cảnh sống hiện tại:
- 24 tiếng chăm sóc hoặc Viện Dưỡng lão SNF
 - Viện Dưỡng lão ALF (Assisted Living Facility)
 - Tôi có người đến tận nhà giúp tôi trong những sinh hoạt hàng ngày
 - Tôi sống với thân nhân và họ giúp tôi
 - Tôi sống tự lập (không có trợ giúp của một người nào khác)
8. Bạn có thể đi lại bao nhiêu khối phố với thiết bị hỗ trợ di chuyển thường dùng và không cần trợ giúp của một người khác?
-
9. Câu nào dưới đây mô tả đúng nhất nếu bạn phải chờ ở ngoài để đón xe? (Đánh dấu một trả lời mà thôi):
- Tôi có thể chờ một mình từ mười đến mười lăm phút
 - Tôi có thể chờ một mình từ mười đến mười lăm phút nếu có chỗ ngồi và trạm trú
 - Tôi cần có người chờ với tôi vì
-
10. Câu nào dưới đây mô tả bạn đúng nhất? (Đánh dấu một trả lời mà thôi):
- Tôi chưa bao giờ dùng vận chuyển công cộng thông thường
 - Tôi đã dùng vận chuyển công cộng thông thường nhưng chưa dùng từ khi khởi đầu tình trạng khuyết tật của tôi
 - Tôi đã dùng vận chuyển công cộng thông thường trong vòng sáu tháng qua

Những Nhu cầu Đi lại của bạn

11. Bạn hiện đi lại những điểm thường đến bằng cách nào?

(Đánh dấu tất cả áp dụng):

- Buýt VC Khuyết tật TỰ lái xe BART
 Taxi Phà Xe điện Có người lái
 Khác _____

12. Bạn đi lại với sự trợ giúp của một người khác?

- Luôn luôn Đôi khi Chưa bao giờ

12a. Nếu là “luôn luôn” hoặc “đôi khi” thì cho biết thứ trợ giúp mà họ cung cấp?

13. Bạn có thể đi đến và trở về từ một trạm dừng của vận chuyển công cộng gần nhà nhất hay không?

- Có Không Đôi khi

Nếu là không hoặc đôi khi thì giải thích lý do:

14. Bạn có thể nắm chặt lan can, tiền xu hoặc cuống vé khi lên xuống một phương tiện vận chuyển công cộng không?

- Có Không Đôi khi Không biết, chưa bao giờ thử

Nếu là không hoặc đôi khi thì giải thích lý do:

15. Bạn có thể duy trì được sự cân bằng và chịu được sự chuyển động khi ngồi trong một phương tiện vận chuyển công cộng không?

- Có Không Đôi khi Không biết, chưa bao giờ thử

Nếu là không hoặc đôi khi thì giải thích lý do:

16. Bạn có thể lên xuống một xe buýt công cộng nếu nó có thang máy, dốc thoải hoặc bậc có thể hạ thấp phía đầu xe?
 Có Không Đôi khi Không biết, chưa bao giờ thử
Nếu là không hoặc đôi khi thì giải thích lý do:

17. Vui lòng bổ sung bất cứ thông tin nào khác mà bạn muốn chúng tôi biết về những khả năng của bạn.

**Bạn đã trả lời tất cả các câu hỏi và giải thích khi được yêu cầu chưa?
ĐƠN KHÔNG ĐẦY ĐỦ SẼ BỊ TRẢ LẠI.**

Chứng nhận của Người Nộp đơn

Tôi **xác nhận** rằng thông tin trong đơn này là **đúng sự thật** và **chính xác**. Tôi hiểu rằng cố ý làm sai lệch thông tin sẽ dẫn đến việc bị từ chối dịch vụ. Tôi hiểu mọi thông tin sẽ được giữ bí mật, và chỉ có các thông tin cần thiết để cung cấp dịch vụ mà tôi yêu cầu sẽ được tiết lộ cho những người thực hiện dịch vụ.

Tôi hiểu rằng có thể sẽ cần thiết phải liên lạc với một chuyên nghiệp quen thuộc với những khả năng của tôi để sử dụng vận chuyển công cộng để giúp trong việc xác định sự hội đủ điều kiện.

Ký tên:

Chữ ký Người Nộp đơn _____ Ngày _____

Có ai đó (như thân nhân, nhân viên xã hội hoặc cơ quan, v.v.) mà bạn muốn chúng tôi thông báo 90 ngày trước khi sự hội đủ điều kiện của bạn hết hạn?

Có Không

Nếu là có thì Tên của Cá nhân/Cơ quan:

Địa chỉ Email: _____ Điện thoại (____) _____

Quan hệ: _____

Có ai giúp bạn điền mẫu này không? Có Không

Nếu là có, Tên: _____ Điện thoại: (____) _____

Quan hệ: _____

Xin lưu ý: Bạn có trách nhiệm phải thông báo cho chúng tôi nếu sự khuyết tật của bạn cải thiện đủ để thay đổi tình trạng hội đủ điều kiện của bạn. Nếu tình trạng của bạn cải thiện sau khi bạn đã được xác định đủ điều kiện hoặc nếu chúng tôi khám phá bạn đã nộp thông tin sai lệch, thì sự hội đủ điều kiện của bạn có thể bị đình chỉ hoặc bạn có thể được yêu cầu nộp đơn lại.

Cho phép Công bố Thông tin Y tế

(Điền bởi Người Nộp đơn)

Bằng giấy này, tôi cho phép các chuyên nghiệp có giấy phép hành nghề (bác sĩ, nhà trị liệu, nhân viên xã hội, vv), là những người có thể xác nhận sự khuyết tật hoặc tình trạng liên quan đến sức khỏe của tôi, được tiết lộ thông tin này cho cơ quan vận chuyển công cộng địa phương. Thông tin này sẽ chỉ được sử dụng để xác minh sự hội đủ điều kiện của tôi cho các dịch vụ chuyên chở người khuyết tật. Tôi hiểu rằng tôi có quyền được nhận một bản sao của giấy phép này, và rằng tôi có thể thu hồi sự cho phép này vào bất cứ lúc nào.

Tên của vị Chuyên nghiệp có thể tiết lộ thông tin y tế của tôi:

Địa chỉ:

Số Hồ sơ Y tế hoặc số ID, nếu biết:

Điện thoại _____

Fax _____

Ký tên:

Chữ ký Người Nộp đơn _____ Ngày _____

BẢN ỦY QUYỀN CHO PHÉP SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ THÔNG TIN

(Do người nộp đơn hoặc người đại diện điền)

K/g: _____ (Điền tên Bác sĩ hoặc Người cung cấp dịch vụ)

Tôi đồng ý cho sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của cá nhân tôi (“Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Mật”) như được mô tả dưới đây trong mẫu đơn này (“Bản Ủy quyền” này) cho SF Paratransit với mục đích xác định hội đủ điều kiện nhận dịch vụ chuyên chở.

Tên Bệnh nhân: _____ Hôm nay, Ngày _____

Vui lòng gửi thông tin yêu cầu đến:

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

Xin nêu rõ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Mật sẽ được sử dụng hoặc tiết lộ:

Tình trạng khuyết tật trong hồ sơ của khách hàng chúng tôi, cũng là bệnh nhân của quý vị, và tình trạng khuyết tật này ảnh hưởng như thế nào đến khả năng sử dụng Muni hoặc các phương tiện xe buýt và xe điện có thể tiếp cận của hệ thống BART.

Bản Ủy quyền này hết hạn sau khi:

Sự xác nhận chuyên môn về thông tin cụ thể được yêu cầu (xem bên trên) giúp chúng tôi đưa ra quyết định cho tình trạng hội đủ điều kiện ADA (American Disability Act) Paratransit .

Tôi hiểu rằng Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Mật của tôi có thể được tiết lộ lại bởi bên nhận ủy quyền trong Bản Ủy quyền này và hiểu rằng Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Mật không còn được bảo vệ bởi điều luật quyền riêng tư liên bang. Tôi cũng hiểu rằng tôi có quyền thu hồi Ủy quyền này bất cứ lúc nào bằng cách thông báo bằng văn bản cho quý vị, nhưng khi tôi thực hiện, việc thu hồi Ủy quyền này sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ hành động nào mà quý vị đã thực hiện trước khi nhận được yêu cầu thu hồi Ủy quyền của tôi.

Chữ ký của Người nộp đơn hoặc Người đại diện

Ngày

(Đơn PHẢI được điền hoàn tất trước khi ký)

Tên của Người đại diện, nếu có: _____

Mối quan hệ với Người nộp đơn: _____

Người làm chứng

Ngày

(Đơn này có sẵn ở các định dạng có thể truy cập và/hoặc ngôn ngữ thay thế theo yêu cầu.)