

Заявление о предоставлении специальных транспортных услуг согласно Закона США об инвалидах

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЕЙ

В настоящий пакет документации включены материалы и анкеты, необходимые для подачи заявления о предоставлении специальных транспортных услуг в Области залива Сан-Франциско. Согласно требованиям Закона США об 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 одобрено 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 транспортом 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 вашего заявления нам могут потребоваться дополнительные сведения. Нам может понадобиться:

- связаться с вами по телефону;
- назначить личное собеседование или функциональную оценку;
- проконсультироваться с вашим лечащим врачом, медицинским специалистом или другим специалистом относительно вашего здоровья и функциональных возможностей.

Лицам, пользующимся:

крупным шрифтом, кассетами звукозаписи или
компакт-дисками. Электронная почта,

следует позвонить по телефону (415) 351-7000 Или (415) 351-7006

Срок рассмотрения заявления составляет 21 день с момента его получения. Заявление необходимо правильно заполнить, и вы должны быть готовы 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 дойти пешком до автобусной остановки, прочитать вывеску и т.д.

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 Области залива. В случае вашего несогласия с вынесенным решением, вы имеете право обжаловать это решение. Информация о порядке обжалования будет содержаться в извещении. Если срок вынесения решения превышает 21 день, вы можете получить временное право пользования специальными транспортными услугами до вынесения окончательного решения. Это положение не распространяется на те случаи, когда по причине вашего бездействия мы не имеем возможности завершить рассмотрение вашего заявления.

ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЕЙ

1. Дайте полные ответы на все вопросы анкеты **ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ** или **НАПЕЧАТАЙТЕ 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 предоставленные вами сведения будут храниться в строгой тайне.**
3. При заполнении заявления вам необходимо поставить **ПОДПИСИ** в трех местах:
 - в «Удостоверении заявителя» (стр. 8);
 - в «Разрешении на предоставление медицинской информации» соответствующим специалистам в области медицины или реабилитации (стр. 9 и 10).
4. **Заполненное заявление следует направить по адресу:
68 – 12th Street, San Francisco, CA 94103.**

За помощью в заполнении заявления или за информацией о ходе его рассмотрения следует обращаться по телефону (415) 351-7050 Или (415) 351-7006.
--

Благодарим вас

Просьба заполнять печатными буквами!

Личная/Контактная информация

Имя, отчество, фамилия:

E-Mail: _____

Домашний адрес: _____ **Квартира:** _____

Город: _____ **Индекс:** _____

Почтовый адрес (если отличается от домашнего):

_____ **Квартира:** _____

Город: _____ **Индекс:** _____

Дневной телефон:(_____)_____ **Мобильный:**(_____)_____

Ваш сотовый телефон принимает SMS/текстовые сообщения? Да Нет

Вы хотели бы получать текстовые сообщения? Да Нет

Вечерний телефон:(_____)_____ **Мобильный:**(_____)_____

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

Номер карточки Clipper: _____

Родной язык (отметьте): английский другой (уточните)_____

Раса/Этничность (указывать необязательно):

Азиат и/или с островов Тихого океана Чёрный и/или афроамериканец

Американский латиноамериканец Белый

Средний восток и/или Северная Африка Коренной американец

Другая раса или этничность (уточните): _____

Предпочитаю не указывать

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

Крупный шрифт Брайль

Адрес электронной почты (для Преобразования текста в речь)

Прочее _____

С кем нам следует связаться в случае чрезвычайной ситуации?

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. Когда вы впервые испытали состояние, указанное выше?

0-1 год назад 1-5 лет назад Более чем 5 лет назад.

4. 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.

5. 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

6. Пользуетесь ли вы любыми из перечисленных ниже средств передвижения или специальным оборудованием? *(Отметьте все необходимое.)*
- Палка Мотор. инвалидная коляска Средства связи
- Трость для слепых Служебная собака Ходунок
- Моторный самокат Костыли Ручная инвалид. коляска
- Фиксаторы ног Переносной кислородный баллон
- Другие средства передвижения _____
7. Отметьте пункт, наиболее точно описывающий ваши условия проживания:
- Учреждение с квалифицированным уходом 24 часа в сутки;
- Я получаю постороннюю помощь на дому;
- Я живу с членами моей семьи, от которых получаю необходимую помощь;
- Я живу независимо от других (не нуждаюсь в посторонней помощи).
8. Сколько городских кварталов вы в состоянии пройти с помощью своего обычного средства передвижения без посторонней помощи?
- _____
9. Какое из следующих высказываний подойдет к ситуации, если бы вам пришлось ждать транспорт на улице? *(Выберите только один ответ):*
- Я могу подождать 10-15 минут;
- Я могу подождать 10-15 минут, если есть укрытие и место, где можно сесть;
- Мне нужна посторонняя помощь, так как...
- _____
10. Какой из перечисленных ниже пунктов больше всего относится к вам? *(Выберите только один ответ)*
- Я никогда не пользовался(-ась) обычным общественным транспортом;
- Я пользовался(-ась) обычным общественным транспортом, но перестал(-а) после наступления инвалидности;
- Я пользовался(-ась) обычным общественным транспортом на протяжении последних шести месяцев.

11. Как вы в настоящее время добираетесь до мест, которые посещаете регулярно? *(Отметьте все необходимое.)*
- На автобусе На спецтранспорте Сам(-а) веду машину На BARTе
 На такси На пароме На трамвае Меня подвозят
 Прочее _____

12. Совершаете ли вы поездки с посторонней помощью?
- Всегда Иногда Никогда

12а. Если вы ответили «всегда» или «иногда», какую помощь вам оказывают?

13. Вы сможете добраться до ближайшей от вашего дома остановки и обратно?
- Да Нет Иногда

Объясните причину, если «нет» или «иногда»:

14. Вы сможете брать за поручни и перила, брать монеты и проездные билеты во время посадки и выходя из транспорта?

Да Нет Иногда Не знаю, никогда этого не делал/а

Объясните причину, если «нет» или «иногда»:

15. Вы сможете сохранять баланс и спокойно переносить движение транспорта сидя?

Да Нет Иногда Не знаю, никогда этого не делал/а

Объясните причину, если «нет» или «иногда»:

16. Вы сможете зайти в автобус или сойти с него в том случае, если он оснащен подъемником, трапом или устройством, опускающим переднюю часть автобуса?

Да Нет Иногда Не знаю, никогда этого не делал/а

Объясните причину, если «нет» или «иногда»:

17. 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?

Для завершения этой заявки, Вы должны поставить три ПОДПИСИ в трёх местах:

- Сертификация заявителя (стр. 8)
- Разрешение разглашать информацию для соответствующего медицинского или реабилитационного профессионала. (стр. 9 и 10)

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.

Распишитесь здесь:

Подпись заявителя _____ Дата _____

Есть ли кто-то (например, родственник, социальный работник или агентство и т.д.), что вы хотите, чтобы мы уведомили 90 дней до истечения срока действия вашего права? Да Нет

Если да, имя/агенство персоны:

Адрес электронной почты: _____ телефон: (____) _____

Отношения: _____

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

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

Кем приходится: _____

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 предоставили ложные сведения, действие ваших прав может быть приостановлено или же от вас могут потребовать повторной подачи заявления.

Перейдите на стр. 9 для подписания Разрешения на разглашение информации

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

Распишитесь здесь:

Подпись заявителя _____ Дата _____

Продолжите на стр. 10 для подписания Разрешения на разглашение информации

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

(Заполняется заявителем или представителем заявителя)

Кому: _____ (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»), для использования SF 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
(Форма ДОЛЖНА быть заполнена до её подписания)

Дата

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

Кем приходится заявителю: _____

Свидетель

Дата

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