

Заявление о предоставлении специальных транспортных услуг согласно Закону США об инвалидах

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЕЙ

В настоящий пакет документов включены материалы и анкеты, необходимые для подачи заявления о предоставлении специальных транспортных услуг в пределах San Francisco Bay Area. 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 общественным транспортом 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 нормативным актам ADA, такое право распространяется исключительно на тех лиц, возможности которых воспользоваться доступным 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 железнодорожным транспортом без посторонней помощи, будет отказано в специальных транспортных услугах.

Для подачи заявления на услуги необходимо полностью заполнить прилагаемую анкету. Мы рассмотрим вопрос о способности заявителя пользоваться 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.

Для получения услуг в формате: крупный шрифт, компакт-диски/CDR, электронная почта обратитесь 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 дополнительной проверки в случае необходимости. Прохождение дополнительной проверки может включать собеседование по телефону, медицинское освидетельствование или личное собеседование. При этом личное собеседование может включать прохождение функционального теста с целью установления способности заявителя пользоваться общественным транспортом, например, способности дойти пешком до автобусной остановки, прочитать указатели и т.д.

Уведомление о результатах рассмотрения заявления будет направлено заявителю по почте. В случае признания права заявителя на получение услуг, заявитель получит право совершать поездки в пределах San Francisco Bay Area. В случае вашего несогласия с вынесенным решением, вы имеете право его обжаловать. Информация о порядке подачи апелляции будет приложена к уведомлению. 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.** 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 конфиденциальности.**
- 3. Заявление считается заполненным, если вы поставите подписи в двух местах:**
 - Подтверждение заявителя (стр. 8);
 - Разрешение на использование или передачу медицинской информации от соответствующего медицинского работника или реабилитолога (стр. 9).
- 4. Заполненное заявление следует отправить по адресу:
68 – 12th Street, San Francisco, CA 94103.**

За помощь 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!

Требуется заполнить:

Имя и фамилия (имя, фамилия): _____

Дата рождения: ____/____/____

Адрес проживания: _____ № кв.: _____

Город: _____ Почт.индекс: _____

Почтовый адрес (если отличается от адреса проживания): _____

№ кв.: _____

Город: _____ Почт.индекс: _____

Основной номер телефона: (____) _____ Выберите одно домашний рабочий мобильный

По желанию:

Дополнительный номер телефона: (____) _____ Выберите одно домашний рабочий мобильный

Эл.почта: _____ Пол: Женский Мужской Другой _____

Номер карты Clipper: _____ Идентификационный номер Paratransit (если известен) _____

Предпочитаемый язык: Английский Другой (укажите какой) _____

Раса или этническая принадлежность: Азиат или американец азиатского происхождения Черный и (или) американец африканского происхождения

Испаноговорящий и (или) Латиноамериканец Уроженец Ближнего Востока и (или) североафриканец Белый или Европеоидный Американский индеец, уроженец Аляски или коренной житель Уроженец Гавайев или житель островов Тихого Океана

В списке отсутствует (укажите): _____ Предпочитаю не отвечать

Если вам потребуется, чтобы вся будущая письменная информация предоставлялась вам в доступном формате, отметьте, какой формат вы предпочитаете:

Крупным шрифтом По электронной почте (для людей с нарушением слуха)

Шрифтом Брайля для слепых Другое _____

Кому звонить в экстренной ситуации?

Имя и фамилия: _____

Кем приходится: _____

Основной номер телефона: (____) _____

Дополнительный номер телефона: (____) _____

Сведения об инвалидности или состоянии здоровья

Просьба дать подробные ответы на следующие вопросы – они помогут нам определить ваше право на получение услуг.

1. Какая **инвалидность или состояние здоровья НЕ ПОЗВОЛЯЕТ** вам пользоваться обычным общественным транспортом (например, BART, 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 средствами передвижения или специальным оборудованием? (Отметьте все необходимое):

- Трость Белая трость Ходунок Костыли Фиксаторы ног
 Переносной кислородный баллон Служебное животное
 Электроскутер Инвалидная коляска с электроприводом
 Инвалидная коляска с ручным управлением

Вы можете пересесть из своей инвалидной коляски с ручным управлением на стул?

- Да Нет

Другие средства помощи _____

7. Отметьте пункт, наиболее точно описывающий ваши условия проживания:

- Учреждение с профессиональной медицинской помощью 24 часа в сутки;
 Я получаю постороннюю помощь на дому;
 Лечебное заведение для людей с нарушением памяти (выберите одно):
 С небольшой потерей памяти С тяжелой потерей памяти
 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. Какое из следующих утверждений лучше всего описывает ваше использование общественного транспорта (например, автобус или Muni)? (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.

16. Можете ли Вы зайти в автобус или выйти из 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.

Отвечали ли вы на все вопросы и дали пояснения там, где это необходимо?

Для того чтобы закончить заполнение заявления, вы должны поставить ПОДПИСЬ в двух местах:

- Подтверждение заявителя (стр. 8)
- Разрешение на использование или передачу медицинской информации от соответствующего медицинского работника или реабилитолога (стр. 9)

НЕ ПОЛНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕННЫЕ ЗАЯВЛЕНИЯ ПОДЛЕЖАТ ВОЗВРАТУ.

Удостоверение заявителя

Я **подтверждаю**, что информация в этом заявлении является **правдивой** и **точной**. Я понимаю, что сознательное сокрытие информации приведет к отказу в предоставлении услуг. Я понимаю, что вся информация конфиденциальна и будет передана только тем лицам, которым она необходима для предоставления запрашиваемых услуг.

Я понимаю, что с целью вынесения решения о моем праве на указание услуг может понадобиться обратиться к специалисту, знакомому с моими функциональными возможностями по использованию общественным транспортом.

Распишитесь здесь:

Подпись заявителя _____ Дата _____

Хотели бы вы, чтобы мы уведомили кого-то (например, родственника, социального работника или агентство и т.д.) за 90 дней до истечения срока действия сервиса?

Да Нет

Если да, имя/агенство персоны: _____

Адрес электронной почты: _____ телефон: (____) _____

Кем приходится: _____

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

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

Кем приходится: _____

Примечание: Вы несете ответственность за своевременное уведомление нас об улучшении вашего состояния здоровья, которое может повлиять на ваше право на получение услуг. Если ваше состояние улучшится после того, как ваше заявление было одобрено, или если мы обнаружим, что вы предоставили ложную информацию, ваше право на получение услуг может быть приостановлено, или вам может быть предложено подать заявление заново.

Перейдите на страницу 9, чтобы подписать «Разрешение на передачу медицинской информации»

Разрешение на использование или передачу медицинской информации

(Заполняется заявителем или его представителем)

Укажите информацию о вашем лечащем враче или медицинском учреждении, которое вас обслуживает.

Врач или медицинское учреждение заявителя: _____

Адрес врача: _____

Телефон врача: _____ Факс: _____

Номер медкарты или идентификационный номер, если известен: _____

Я, Заявитель, настоящим разрешаю использовать или передавать идентифицирующую мою личность защищенную медицинскую информацию (Protected Health Information, PHI) так, как описано ниже в настоящей форме, службе Transdev/SF Paratransit для целей установления моего права на получение транспортных услуг.

Имя и фамилия заявителя: _____

Прошу отправить запрашиваемую информацию по адресу:

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

Конкретное описание защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI), подлежащей использованию или передаче:

Любые подтвержденные инвалидности заявителя и их влияние на его способность самостоятельно пользоваться доступными автобусами и поездами Muni или BART.

Срок этого разрешения истекает через 1 (один) год со дня его подписания ИЛИ при наступлении следующего события: получения запрашиваемой медицинской информации (PHI) службой SF Paratransit, что позволяет ей принять решение о праве на получение услуг ADA Paratransit.

Я понимаю, что медицинская информация (PHI), используемая или переданная в рамках настоящей авторизации, может подлежать повторной передаче учреждением, получающим ее, и, таким образом, больше не будет защищена федеральными нормами конфиденциальности. Я также понимаю, что могу отозвать данную авторизацию в любое время, уведомив об этом SF Paratransit в письменной форме.

(Форма ДОЛЖНА быть заполнена до ее подписания)

подпись

Подпись заявителя или его представителя

Дата

Имя и фамилия представителя заявителя печатными буквами *(при наличии)*:

Кем приходится заявителю: _____

(Эту форму можно получить по запросу в доступных форматах и (или) на других языках).