لملء النموذج، اضغط على كل حقل. طباعة النموذج عند اكتماله.

طلب الحصول على خدمة Paratransit
(يُستكمل من قبل مقدم الطلب)

معلومات عامة

الاسم:_____

العنوان:_____ الهاتف:_____

المدينة/الولاية/الرمز البريدي:_____

تاريخ الميلاد:_____ رقم الضمان الاجتماعي #:_____

اسم جهة الاتصال في حالات الطوارئ:_____

الهاتف:_____ صلة القرابة:_____

شهادة مقدم الطلب:
يُرجى توضيح الأسباب التي تجعلك تسعى للتأهل للحصول على خدمة Paratransit وفق قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (اختر كل ما ينطبق):

_____ يمكنني استخدام حافلات المدينة ذات المسار الثابت والتي يسهل الوصول إليها للذهاب إلى بعض الأماكن ولكن في ظروف معينة لا يمكنني استخدام حافلات المدينة ذات المسار الثابت التي يسهل الوصول إليها.
_____ بسبب إعاقتي، لا يمكنني أبداً استخدام حافلات المدينة ذات المسار الثابت التي يسهل الوصول إليها.

أفهم أن الغرض من نموذج التقييم هذا هو تحديد ما إذا كانت هناك أوقات لا يمكنني فيها استخدام خدمة حافلات المدينة ذات المسار الثابت التي يمكن الوصول إليها والتي تقدمها StarTran وبالتالي يجب استخدام خدمة Paratransit. أفهم أن المعلومات المتعلقة بإعاقتي الواردة في هذا الطلب ستبقى سرية وستتم مشاركتها فقط مع المهنيين المشاركين في تقييم أهليتي. أشهد، على حد علمي، أن المعلومات الواردة في نموذج التقييم هذا صحيحة ودقيقة. أفهم أن تقديم معلومات خاطئة أو مضللة قد يؤدي إلى مراجعة حالة أهليتي بالإضافة إلى اتخاذ إجراءات أخرى محتملة من جانب StarTran.

توقيع مقدم الطلب:_____

التاريخ:_____

1. ما نوع أو أنواع الإعاقات التي تمنعك من استخدام خدمة حافلات المدينة ذات المسار الثابت التي يسهل الوصول إليها؟ (اختر كل ما ينطبق).

الحالة الطبية العامة

_____ لا يوجد
_____ علاج السرطان
_____ داء السكري
_____ الغسيل الكلوي
_____ غير ذلك (يُرجى التوضيح)_____

حالة العظام والمفاصل

_____ لا يوجد
_____ التهاب المفاصل
_____ هشاشة العظام
_____ بتر _____
_____ عظام مكسورة (يُرجى التحديد)_____
_____ غير ذلك (يُرجى التوضيح)_____

حالة الدماغ/الأعصاب/العضلات

_____ لا يوجد
_____ مرض الزهايمر
_____ إصابة الدماغ
_____ الشلل الدماغي
_____ الاضطراب
_____ الجنون
_____ الصرع
_____ التصلب المتعدد
_____ الشلل النصفي
_____ داء باركنسون
_____ متلازمة ما بعد شلل الأطفال
_____ الشلل الرباعي
_____ السكتة الدماغية
_____ غير ذلك (يُرجى التوضيح)_____

حالة القلب والدورة الدموية

_____ لا يوجد
_____ الوذمة
_____ مرض في القلب
_____ غير ذلك (يُرجى التوضيح)_____

حالة الرئة والتنفس

_____ لا يوجد
_____ الربو
_____ داء الانسداد الرئوي المزمن
_____ انتفاخ الرئة
_____ سرطان الرئة
_____ غير ذلك (يُرجى التوضيح)_____

حالة الرؤية/السمع/النطق

_____ لا يوجد
_____ أصم
_____ أصم مكفوف
_____ اعتلال الشبكية السكري
_____ الجلوكوما (المياه الزرقاء)
_____ صعوبة السمع
_____ أعمى قانوناً
_____ العمى الليلي
_____ غير قادر على الكلام
_____ غير ذلك (يُرجى التوضيح)_____

حالة النمو أو الحالة العقلية

_____ لا يوجد
_____ عجز في النمو
_____ الإعاقة المعرفية
_____ التوحد
_____ متلازمة داون
_____ اضطراب المزاج
الذهان
_____ غير ذلك (يُرجى التوضيح)_____

يُرجى وصف حالتك الطبية/إعاقتك بمزيد من التفصيل:_____

_____

2. هل الحالة الطبية / الإعاقة مؤقتة أم دائمة؟

_____ دائمة
_____ مؤقتة؛ أتوقع أن تستمر _____
_____ لا أعرف

3. هل تتغير حالتك الصحية / إعاقتك من وقت لآخر بطرق تؤثر على قدرتك على استخدام حافلة المدينة ذات المسار الثابت والتي يسهل الوصول إليها؟

_____لا

_____نعم (يُرجى التوضيح)_____

4. يرجى توضيح ما إذا كنت تستخدم أياً من الوسائل المساعدة على الحركة أو المعدات التالية. (اختر كل ما ينطبق.)

_____عصا المشي

_____عكازات

_____دعامات ربط الساق

_____مشاية

_____لوحة حروف الأبجدية / لوحة صور

_____أكسجين محمول

_____سكوتر كهربائي/ عربة كهربائية

_____كرسي متحرك كهربائي

_____كرسي متحرك يدوي

_____حيوان الخدمة

_____غير ذلك (يُرجى التوضيح)_____

5. هل تحتاج إلى مساعدة أحد مرافقي العناية الشخصية (شخص يساعدك في وظائف الحياة اليومية) عند التنقل داخل المدينة؟

_____لا

_____نعم

6. هل سبق لك استخدام خدمة حافلات المدينة ذات المسار الثابت التي يسهل الوصول إليها؟

_____نعم، أستخدم خدمة حافلات المدينة ذات المسار الثابت التي يسهل الوصول إليها حوالي ____ مرات في الأسبوع

_____نعم، لقد فعلت ذلك في الماضي ولكني توقفت بسبب _____

_____لا

7. هل هناك شيء يمكن أن يساعدك في ركوب حافلات المدينة ذات المسار الثابت التي يسهل الوصول إليها؟ (اختر كل ما ينطبق.)

_____نعم، معلومات المسارات والجدول الزمني

_____نعم، تعلم استخدام الحافلات التي يمكن الوصول إليها

_____نعم، وسيلة مساعدة في التواصل

_____نعم، إذا كانت محطات الحافلات أقرب إلى المكان الذي أعيش فيه أو إلى المكان الذي أحتاج الذهاب إليه

_____نعم (يُرجى التوضيح) _____

_____لا، لن يساعد أي من ذلك

8. هل يمكنك طلب واتباع التعليمات المكتوبة أو الشفوية لاستخدام حافلات المدينة ذات المسار الثابت التي يسهل الوصول إليها؟

_____نعم
_____لا
_____بعض الأحيان
_____لا أعرف لأنني لم أحاول مطلقاً استخدام خدمة الحافلات التي يسهل الوصول إليها

إذا كانت الإجابة "لا" أو "بعض الأحيان"، يُرجى اختيار كل ما ينطبق.

_____أشعر بالحيرة والارتباك الشديدة وقد أتوه
_____لا يستطيع الآخرون فهمي
_____ربما يمكنني ذلك بمساعدة التعليم
_____غير ذلك (يُرجى التوضيح)_____

9. هل تستطيع الوصول من وإلى محطات الحافلات بمفردك؟

_____نعم
_____لا
_____بعض الأحيان
_____لا أعرف لأنني لم أحاول قط

إذا كانت الإجابة "لا" أو "بعض الأحيان"، يُرجى اختيار كل ما ينطبق

_____لا يمكنني الوصول إلى الأماكن إذا لم تكن هناك منحدرات في الرصيف
_____لا أستطيع إذا كان الشارع أو الرصيف شديد الانحدار
_____لا أستطيع عبور الشوارع أو التقاطعات المزدحمة
_____لا أستطيع التنقل في الخارج عندما يكون الجو حاراً جداً
_____لا أستطيع التنقل في الخارج عندما يكون الجو باردا جدا
_____لا أستطيع أن أجد طريقي في الليل بسبب مشكلة في الرؤية
_____أنا مرتبك ولا أستطيع أن أجد طريقي
_____ربما يمكنني ذلك بمساعدة التعليم
_____غير ذلك (يُرجى التوضيح)_____

10. باستخدام وسيلة المساعدة على الحركة أو بمفردك، إلى أي مدى يمكنك التنقل؟

_____لا أستطيع التنقل خارج منزلي أو شقتي
_____يمكنني الوصول إلى منحدر الرصيف أمام منزلي / شقتي
_____يمكنني التنقل حتى أربع بنايات
_____يمكنني التنقل أكثر من أربع بنايات

11. هل يمكنك انتظار حافلة المدينة ذات المسار الثابت والتي يسهل الوصول إليها في محطة الحافلات؟

_____لا (يُرجى الشرح) _____

_____نعم، ولكن فقط إذا كانت المحطة بها مقعد و / أو سقيفة للظل

_____نعم، ولكن فقط لفترة تصل إلى _____دقائق

12. هل يمكنك الصعود والنزول من حافلة المدينة ذات المسار الثابت التي يسهل الوصول إليها؟ (ملاحظة: تحتوي حافلات StarTran ذات المسار الثابت الآن على مصاعد للكراسي المتحركة و"لوح رفع" يعمل على خفض ارتفاع درجات سلم الحافلة. يمكن للركاب الذين يجدون درجات سلم الحافلة عالية جداً أن يدخلوا ويخرجوا من الحافلة بالوقوف على المصعد.)

_____نعم

_____لا

_____بعض الأحيان

_____لا أعرف لأنني لم أحاول قط

إذا كانت الإجابة "لا" أو "بعض الأحيان"، يُرجى اختيار كل ما ينطبق.

_____لا أريد استخدام المصعد (يُرجى الشرح)_____

_____ربما يمكنني ذلك بمساعدة التعليم

غير ذلك (يُرجى التوضيح)_____

13. إذا كنت قادراً على الصعود إلى حافلة المدينة ذات المسار الثابت والنزول منها، فهل تعرف أين تنزل من الحافلة أم يمكنك معرفة ذلك بنفسك؟

_____نعم

_____لا

_____بعض الأحيان

_____لا أعرف لأنني لم أحاول قط

يُرجى اختيار كل ما ينطبق.

_____أشعر بالارتباك ولا أتذكر إلى أين أنا ذاهب

_____أستطيع ذلك إذا نادى السائق على المحطة

_____ربما يمكنني ذلك مع التدريب

_____غير ذلك (يُرجى التوضيح)_____

14. هل هناك أي شروط تحد من قدرتك على استخدام خدمة حافلات المدينة ذات المسار الثابت التي يسهل الوصول إليها؟

_____لا

_____نعم (يُرجى التوضيح على وجه الدقة) _____

_____

التدريب على التنقل هو تعليم شخصي فردي يعلم الفرد كيفية استخدام خدمة حافلات المدينة ذات المسار الثابت التي يسهل الوصول إليها.

15. هل سبق لك أن تلقيت أي تعليم شخصي لاستخدام حافلات المدينة ذات المسار الثابت التي يسهل الوصول إليها؟

_____ لا
_____ نعم، تلقيت تعليماً شخصياً من خلال وكالة (اسم الوكالة) _____
_____ نعم، تلقيت تعليماً شخصياً من صديق / قريب

حدد كل المهارات التي تعلمتها.

_____ التنقل من وإلى محطات الحافلات
_____ عبور الشوارع
_____ استقلال الحافلات في مسارات محددة (يُرجى ذكر المسارات) _____
_____ قراءة جداول مواعيد الحافلات وتخطيط الرحلات
_____ غير ذلك (يُرجى التوضيح) _____

هل أكملت التعليم الموصوف أعلاه؟

_____ نعم
_____ لا

16. تقدم StarTran تدريباً مجانياً على التنقل لأي شخص مهتم بتعلم كيفية ركوب الحافلات ذات المسار الثابت التي يسهل الوصول إليها. هل أنت مهتم بالحصول على تعليم حول هذه الخدمة؟

_____ نعم
_____ لا

يُرجى إكمال هذه الصفحة قبل إعادة طلبك. يجوز لأي من المهنيين المدرجين في القائمة التوقيع على الطلب. إذا لم يتم توقيع هذه الصفحة من قبل المهني، فسيتم إعادة الطلب إليك مما سيؤخر عملية تحديد الأهلية.

نموذج التحقق من المهني

يرجى وضع علامة أمام اختيار واحد:

_____مستشار إعادة تأهيل مهني	_____ طبيب نفسي
_____أخصائي نطق	_____ مساعد طبيب
_____معلم تعليم لذوي الاحتياجات الخاصة	_____ طبيب
_____أخصائي اجتماعي/أخصائي حالة	_____ أخصائي علاج طبيعي
_____مدير برنامج أول	_____ أخصائي علاج مهني
_____أخصائي علاج جهاز تنفسي	_____ ممرض ممارس/ممرضة ممارسة
_____مستشار صحة عقلية	_____ ممرض/ممرضة
_____طبيب نفسي	_____ مقوم عظام
_____أخصائي علاج استجمامي يعمل في منشأة طبية	

قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة لعام 1990 (ADA) هو مشروع قانون للحقوق المدنية وهو يطالب وكالات النقل العام بتوفير خدمة النقل والمواصلات Paratransit للأشخاص الذين تمنعهم إعاقتهم من استخدام خدمة الحافلات ذات المسار الثابت التي يسهل الوصول إليها في بعض الأوقات أو كلها. قد يكون الأشخاص مؤهلين للحصول على خدمة Paratransit بسبب الإعاقة في الحالات التالية

1. إذا كانوا يحتاجون رحلة مجهزة بمصعد ولا تحتوي الحافلة على مصعد
2. إذا كانوا غير قادرين على الوصول بشكل مستقل من وإلى محطة الحافلات أو داخل أو خارج الحافلة التي يسهل الوصول إليها، أو
3. إذا كانوا غير قادرين على فهم كيفية إكمال رحلة الحافلة

ستمكننا المعلومات التي تقدمها من اتخاذ القرار المناسب لمقدم الطلب هذا. يستخدم نموذج التحقق من المهني للتحقق من ردود مقدم الطلب على الطلب. يمكن الاتصال بالمهني المختص للحصول على مزيد من المعلومات بشأن الردود.

سيتم الحفاظ على سرية كل المعلومات. شكرا لمساعدتك.

اسم مقدم الطلب:_____

التشخيص الطبي أو الحالة الجسدية أو الإدراكية التي تمنع مقدم الطلب من ركوب حافلة المدينة ذات المسار الثابت التي يسهل الوصول إليها والمجهزة بمصعد: _____

_____

هل الحالة مؤقتة؟ _____

إذا كانت الإجابة "نعم"، فإلى متى؟ _____

استثناءات / إضافات _____

_____

أشهد أن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة على حد علمي وقدرتي.

التوقيع:_____ التاريخ:_____

الاسم مطبوعاً:_____ الهاتف:_____

العيادة / الوكالة:_____

العنوان:_____ المدينة/الولاية/الرمز البريدي:_____