



طلب الاستفادة من خدمة Spec-Tran لنقل ذوي الإعاقة الخاضعة لقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة

تقدم Spec-Tran مواصلات عامة من الرصيف إلى الرصيف للأشخاص الذين لا يستطيعون استخدام نظام حافلات المسار الثابت في بعض رحلاتهم أو كلها بسبب إعاقة عقلية أو جسدية. وتختص هذه الخدمة التي تديرها هيئة المواصلات بمنطقة العاصمة فقط بالرحلات التي لا يستطيع الشخص استخدام نظام حافلات المسار الثابت فيها. يساعد ملء هذا الطلب على تحديد الحالة والظروف التي يستخدم فيها مقدم الطلب خدمة حافلات المسار الثابت والحالة التي يحتاج فيها إلى استخدام خدمة Spec-Tran لنقل ذوي الإعاقة.

تعليمات لملء هذا النموذج:

يجب على مقدم الطلب (أو من يساعده) ملء كافة البيانات باستثناء قسم الإثبات الطبي. يجب أن يقوم طبيب مرخص أو مهني طبي آخر بملء صفحة الإثبات الطبي وتوقيعها.

يجب الإجابة على جميع الأسئلة. ستُعاد أي نماذج غير كاملة.

إذا كنت بحاجة للمساعدة في ملء النموذج أو كانت لديك أي أسئلة حول خدمة قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة وشروط الأهلية له، فلا تتردد في الاتصال بشبكة ذوي الإعاقة بمنطقة العاصمة.

هاتف: 999-2760 (517)

الهاتف المجاني: 652-0403 (877) 1

محور الهاتف النصي للصم والبكم: 1-800-649-3777

يرجى إعادة النموذج بعد ملئه للهيئة التالية:

شبكة ذوي الإعاقة بمنطقة العاصمة

901 E. Mt Hope Ave

Lansing, MI. 48910

فاكس: 999-2767 (517)

عزيزي مقدم الطلب:

هناك معياران للتأهل لخدمة نقل ذوي الإعاقة الخاضعة لقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة يسريان على Spec-Tran:

1. إذا كانت إعاقتك تمنعك من التنقل باستخدام نظام حافلات المسار الثابت (مثل الدخول للحافلة وركوبها والخروج منها) بمساعدة من شخص آخر أو بدون مساعدة. يرجى العلم أن كافة حافلات المسار الثابت التابعة لهيئة المواصلات بمنطقة العاصمة مطابقة لمعايير تيسير الوصول بقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة ومجهزة بمنحدرات.

2. إذا كانت إعاقتك تمنعك من الوصول إلى موقف حافلة المسار الثابت.

وإذا شعرت بعد الاطلاع على ما سبق أنك مؤهل لاستخدام Spec-Tran بناء على هذه المعايير يرجى إكمال هذا الطلب. وإذا كانت إحدى هذه المعايير على الأقل لا تنطبق عليك يرجى الاتصال بكاتا على الرقم (517) 394-CATA (2282) للحصول على معلومات حول خدمة حافلات المسار الثابت.

هناك ثلاثة أنواع من الأهلية لاستخدام نقل ذوي الإعاقة الخاضع لقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة:

1. غير مشروطة - تُمنح هذه الأهلية إذا كانت إعاقتك تمنعك من استخدام خدمة حافلات المسار الثابت التابعة لكاتا في أي من الرحلات التي تحتاجها.
2. مشروطة - تُمنح هذه الأهلية إذا كان يمكنك استخدام الحافلات في معظم الأحيان إلا أنك تحتاج لاستخدام Spec-Tran في ظل بعض الظروف مثل سوء الأحوال الجوية.
3. مؤقتة - تُمنح هذه الأهلية للأفراد الذين لديهم ظروف مؤقتة تجعلهم بحاجة لاستخدام خدمة Spec-Tran لمدة لا تزيد عن سنة.

تعتبر المعلومات التي تقدمها حول إعاقتك سرية. سيتم النظر في الطلبات المكتملة في غضون 21 يومًا من استلام طلبك الذي قمت بملئه. إذا لم تتلقى جوابًا من طرفنا خلال 21 يومًا فتعتبر مؤهلاً لاستخدام Spec-Tran إلى حين النظر في طلبك والفصل فيه.

قد نحتاج في بعض الأحيان إلى المزيد من المعلومات عنك حتى يتسنى لنا اتخاذ القرار. وفي هذه الحالة سنتواصل معك لترتيب موعد مقابلة شخصية. سيتم إخطار مقدمي الطلبات بقرار القبول أو الرفض الخاص بالأهلية وبأسباب القرار إذا كان بالرفض. وفي حال القرار بعدم الأهلية سيضمن القرار الخطي معلومات حول خطوات الطعن فيه.

وإذا أفاد قرارنا بأهليتك لخدمة Spec-Tran، فستتلقى دليل راكب Spec-Tran وبطاقة هوية خاضعة لقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة على البريد.

1. الاسم: _____

2. العنوان: _____

يرجى كتابة اسم المنشأة إن وُجد

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

3. رقم الهاتف (أفضل رقم للوصول إليك): _____ (_____)

4. عنوان البريد الإلكتروني: _____

5. تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____

6. النوع: ذكر أنثى

يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بالتفصيل. تساعدنا الإجابات المحددة على الفصل في مدى أهليتك. تُعاد الطلبات غير المكتملة إلى مقدم الطلب.

7. ما الإعاقة التي تمنعك من استخدام خدمة المسارة الثابت التابعة لكاتا؟ خدمة المسار الثابت هي المعروفة لدى معظم الناس- حافلات كبيرة تنتقل عبر مسارات منتظمة في أوقات محددة.

أ) هل هذه الحالة مؤقتة؟ نعم لا

ب) في حال الإجابة بنعم يرجى تقدير التاريخ المتوقع لتحسن الحال: _____ / _____ / _____

8. يرجى الإجابة على الأسئلة التالية حول قدرتك على التنقل بما في ذلك استخدام جهاز تنقل:

أ) هل يمكنك الانتقال من مكان سكنك إلى الرصيف أو جانب الطريق دون مساعدة؟

نعم لا أحياناً

ب) هل يمكنك الانتقال مسافة مربع سكني واحد دون مساعدة شخص آخر؟

نعم لا أحياناً

ج) هل يمكنك الانتقال مسافة ربع ميل (2-4 مربعات سكنية) دون مساعدة شخص آخر؟

نعم لا أحياناً

ج) هل يمكنك الانتقال مسافة ثلاث أرباع ميل (6-8 مربعات سكنية) دون مساعدة شخص آخر؟

نعم لا أحياناً

د) هل يمكنك الانتظار بالخارج لمدة 10-20 دقيقة دون مساعدة شخص آخر؟

نعم لا أحياناً

هـ) هل يمكن الذهاب إلى موقف الحافلات؟

نعم لا - ضع علامة بجوار النقاط التي تنطبق عليك:

لا أستطيع العثور على الموقف لأن الطريق يختلط عليّ.

لا أستطيع الانتقال إلى موقف الحافلات دون مساعدة شخص آخر.

لا أستطيع عبور الشارع.

الثلوج/الأمطار الغزيرة تجعل وصولي للموقف مستحيلاً.

أخرى:

9. يرجى الإجابة على الأسئلة التالية حول قدراتك:

أ) هل يمكنك إعطاء عنوانك ووجهتك ورقم هاتفك إذا طُلب منك عند الحاجة؟

نعم لا أحياناً

ب) هل يمكنك التعرف على الجهات أو المعالم؟

نعم لا أحياناً

ج) هل يمكنك السؤال عن الاتجاهات وفهمها واتباعها؟

نعم لا أحياناً

هل تستخدم وسائل اتصال مساعدة؟

نعم لا قم بتحديد الوسيلة إذا كانت الإجابة بـ "نعم":

10. كيف تمنعك إعاقتك/حالتك الصحية من استخدام حافلات المسار الثابت؟
من فضلك كن محدداً قدر الإمكان (قم بإرفاق معلومات إضافية إذا لزم الأمر).

11. كيف تنتقل في الوقت الحالي إلى وجهاتك المعتادة؟ (ضع علامة بجانب النقاط التي تنطبق عليك):

أقود بمفردتي يقوم شخص آخر بإيصالي حافلات المسار الثابت التابعة لكاتا بالتاكسي

□ أخرى (يرجى التوضيح)

12. هل سبق لك استخدام حافلات المسار الثابت التابعة لكاتا؟

□ نعم □ لا- يرجى التوضيح لم

لا:

13. هل تستطيع استخدام حافلات المسار الثابت التابعة لكاتا في أي من تنقلاتك في الوقت الحالي؟

□ نعم □ لا □ لا أعلم - يرجى التوضيح:

14. هل يمكنك استخدام خدمة حافلات المسار الثابت التابعة لكاتا إذا تلقيت التدريب المناسب ومارست هذه التجربة بشكل كافٍ؟

□ نعم □ لا □ أحياناً - يرجى التوضيح:

القسم الثاني

1. هل تحتاج المساعدة من شخص آخر عند التنقل؟

□ دائماً □ أحياناً □ أبداً

2. ما نوع المساعدة التي تحتاجها عند التنقل (يرجى وضع علامة بجانب النقاط التي تنطبق عليك)؟

□ الانتقال من الحافلة إلى وجهتي □ التواصل

□ المساعدة في استخدام المعدات/تلقي العلاج □ القيام من جهاز التنقل الخاص بي

□ أخرى:

إذا كنت تحتاج إلى مرافق وهو شخص - يطلق عليه مرافق الرعاية الشخصية- يمكنه استقلال نقل ذوي الإعاقة معك دون رسوم إضافية. يجب على مرافق الرعاية الشخصية مصاحبة عملاء خدمة Spec-Tran من مواقع استقلالهم للحافلة إلى مواقع الترحل منها.

3. أي من وسائل المساعدة على التنقل التالية تستخدمها، إن وجدت (يرجى وضع علامة بجانب النقاط التي تنطبق عليك)؟

□ حيوانات الخدمة □ سكوتر (دراجة صغيرة) كهربائي □ كرسي متحرك يدوي

□ جهاز أكسجين □ مشاية □ كرسي متحرك كهربائي

□ عصا

□ عكازات

4. إذا كنت تستخدم سكوتر كهربائي أو كرسي متحرك بحجم أكبر من المعتاد يرجى تقديم المعلومات التالية:

جهة الصنع/الطراز _____ حجم الجهاز: الطول _____ العرض _____

هل يتجاوز إجمالي وزنك مع وزن السكوتر أو الكرسي المتحرك 800 رطل؟

□ نعم

□ لا

ملاحظة: ستبذل Spec-Tran كل ما في وسعها لاستيعاب جهاز التنقل الخاص بك طالما كان آمناً

يرجى ذكر أسماء شخصين يمكن الاتصال بهم في حالة الطوارئ:

الاسم: _____ الهاتف: _____

العلاقة: _____

الاسم: _____ الهاتف: _____

العلاقة: _____

هل تحتاج إلى إرسال المعلومات والمواد إليك بأي من الطرق التالية (ضع علامة بجانب النقاط التي تنطبق عليك)؟

□ حروف الطباعة الكبيرة □ شريط صوتي □ أخرى: _____

يرجى الانتقال إلى الإقرار والإذن بكشف المعلومات الطبية.

الإقرار والإذن بكشف المعلومات الطبية (مقدم الطلب)

أتفهم بأن الغرض من نموذج التقييم هذا هو تحديد ما إذا كانت هناك حالات لا أستطيع فيها استخدام خدمة حافلات المسار الثابت من كاتا وأحتاج فيها إلى استخدام خدمة Spec-Tran لنقل ذوي الإعاقة. أتفهم بأن المعلومات حول إعاقتي المذكورة في هذا الطلب ستظل سرية ولن يُكشف عنها إلا للمهنيين المشاركين في تقييم مدى أهليتي. أشهد بأن المعلومات الواردة في نموذج التقييم هذا حقيقية وصحيحة على حد علمي. أتفهم بأن تقديم أي معلومات خاطئة أو مُضللة قد يتسبب في إعادة النظر في حالة أهليتي.

أمنح بموجب هذا الإقرار الإذن للمهني المذكور اسمه في صفحة الإثبات الطبي بتقديم المعلومات المطلوبة لكاتا وشبكة ذوي الإعاقة بمنطقة العاصمة أو أي منهما. أشهد بأن المعلومات المذكورة هنا وفي الصفحات السابقة صحيحة.

إذا قام شخص آخر غير الشخص الذي يطلب الشهادة بملء هذه الاستمارة فيتعين عليه إكمال المعلومات التالية:

الاسم _____
العنوان _____
المدينة _____
رقم الهاتف المتاح أثناء النهار _____
الولاية _____
الرمز البريدي _____

توقيع مقدم الطلب أو ممثله المرخص له (مطلوب)

التاريخ _____

يرجى إرسال نموذج الطلب المملوء هذا عبر الفاكس أو البريد إلى:

شبكة ذوي الإعاقة بمنطقة العاصمة

901 E. Mt Hope Ave

Lansing, MI. 48910

(فاكس) 517-999-2767

هنا ينتهي الجزء المطلوب ملؤه من النموذج بواسطة مقدم الطلب أو ممثله/ممثلها. يملأ القسم الأخير (في الصفحة التالية) ويوقعه طبيب مرخص أو مهني طبي آخر.

الإثبات الطبي: يملؤه طبيب مرخص أو مهني طبي آخر.

تقدم خدمة Spec-Tran لنقل ذوي الإعاقة والتي تديرها كاتا مواصلات عامة من الرصيف إلى الرصيف للأشخاص الذين لا يستطيعون استقلال حافلات المسار الثابت بسبب إعاقة. إن مقدم الطلب الذي طلب منك مراجعة هذا النموذج والتوقيع عليه قد تقدم بطلب لكي يعتبر مؤهلاً لهذه الخدمة. وتختص خدمة Spec-Tran لنقل ذوي الإعاقة فقط بالرحلات التي لا يستطيع الشخص استخدام نظام حافلات المسار الثابت فيها.

يهدف نموذج الطلب هذا إلى تحديد الحالة والظروف التي يمكن لمقدم الطلب فيها استخدام حافلات المسار الثابت التابعة لكاتا والحالة التي يحتاج فيها إلى استخدام خدمة Spec-Tran لنقل ذوي الإعاقة.

يرجى مراجعة المعلومات المقدمة من مقدم الطلب بدقة والإجابة على الأسئلة التالية.

(أ) يرجى وصف الحالة الجسدية و/ أو المعرفية التي تمنع مقدم الطلب وظيفياً من استخدام خدمة حافلات كاتا العادية (يرجى ملاحظة أن حافلات كاتا مجهزة بمنحدرات للكراسي المتحركة).

(ب) هل المعلومات المقدمة من مقدم الطلب حقيقية وصحيحة على حد علمك؟

نعم لا- يرجى ذكر أي استثناءات بالأسفل:

الاسم والعنوان (يرجى الكتابة):

التوقيع: التاريخ / /

الاسم التجاري:

عنوان الشارع:

المدينة/الولاية: الرمز البريدي:

رقم الهاتف: - () رقم الفاكس: - ()