



درخواست خدمات پارترانزیت Spec-Tran ADA

Spec-Tran خدمات حمل و نقل عمومی درب به درب را به افرادی ارائه می‌دهد که به دلیل معلولیت جسمی یا ذهنی قادر به استفاده از سیستم اتوبوس‌رانی مسیر ثابت برای همه یا برخی از سفرهای خود نیستند. این سرویس که توسط سازمان حمل و نقل منطقه پایتخت (CATA) ارائه می‌شود، تنها مختص سفرهایی است که انجام آن‌ها از طریق سیستم اتوبوس‌رانی مسیر ثابت برای فرد امکان‌پذیر نیست. تکمیل این فرم درخواست به ما کمک می‌کند تا تشخیص دهیم چه زمانی و تحت چه شرایطی استفاده از سیستم اتوبوس‌رانی مسیر ثابت برای متقاضی امکان‌پذیر است و چه زمانی نیاز به سرویس پارترانزیت Spec-Tran وجود دارد.

دستورالعمل‌ها برای تکمیل نمودن این فرم:

متقاضی (یا فردی که به او کمک می‌کند) باید تمام بخش‌های این فرم به جز بخش تاییدیه پزشکی را تکمیل نماید. صفحه تاییدیه پزشکی باید توسط یک پزشک یا متخصص پزشکی دارای مجوز تکمیل و امضا شود.

به تمام پرسش‌ها باید پاسخ داده شود. فرم‌های ناقص برگشت داده خواهند شد.

چنانچه برای تکمیل این فرم به کمک نیاز دارید یا پرسشی در خصوص خدمات ADA و شرایط تایید صلاحیت دارید، می‌توانید با شبکه معلولیت منطقه پایتخت (DNCAP) تماس بگیرید.

تلفن: 999-2760 (517)

تماس رایگان: 1 (877) 652-0403

رله افراد ناشنوا/تله تایپ: 1-800-649-3777

لطفاً پس از تکمیل، فرم را به سازمان زیر ارسال کنید:

شبکه معلولیت منطقه پایتخت

901 E. Mt Hope Ave
Lansing, MI. 48910

فکس: (517) 999-2767

متقاضی عزیز:

برای خدمات پارترانزیت ADA مرتبط با سرویس Spec-Tran دو معیار واجد شرایط بودن وجود دارد:

1. معلولیت شما مانع استفاده از سیستم اتوبوس‌رانی مسیر ثابت شود (یعنی سوار شدن یا پیاده شدن از اتوبوس و یا حضور در آن)، چه با کمک فرد دیگر و چه بدون دریافت کمک. لطفاً توجه داشته باشید که تمام

اتوبوس‌های مسیر ثابت CATA مطابق با استانداردهای دسترس‌پذیری ADA طراحی شده‌اند و به رمپ مجهز هستند.

2. ناتوانی شما مانع از آن می‌شود که بتوانید به ایستگاه اتوبوس مسیر ثابت بروید یا از آن بازگردید.

چنانچه بر اساس موارد فوق احساس می‌کنید واجد شرایط استفاده از خدمات Spec-Tran هستید، لطفاً به تکمیل نمودن این فرم درخواستی ادامه دهید. اگر حداقل یکی از این معیارها را برآورده نمی‌کنید، لطفاً جهت دریافت اطلاعات مربوط به سیستم اتوبوس‌رانی مسیر ثابت با CATA به شماره (2282) 394-CATA (517) تماس بگیرید.

سه نوع واجد شرایط بودن برای خدمات پاراترانزیت ADA وجود دارند:

1. بدون قید و شرط - این نوع از واجد شرایط بودن در صورتی اعطا می‌شود که معلولیت شما مانع استفاده از سرویس اتوبوس‌رانی مسیر ثابت CATA برای هرگونه سفری شود که باید آن را انجام دهید.
2. مشروط - این نوع از واجد شرایط بودن در صورتی اعطا می‌شود که در برخی موارد قادر به استفاده از اتوبوس باشید اما در شرایط خاص مانند آب و هوای نامساعد به سرویس Spec-Tran نیازمند باشید.
3. موقت - این نوع از واجد شرایط بودن در صورتی اعطا می‌شود که به دلیل وضعیت موقتی خود به مدت کمتر از یک سال نیازمند خدمات Spec-Tran باشید.

اطلاعاتی که در خصوص وضعیت معلولیت خود ارائه می‌دهید محرمانه خواهد ماند. درخواست‌های تکمیل شده ظرف مدت 21 روز از زمان دریافت فرم تکمیل شده درخواست شما، پردازش می‌شوند. اگر طی 21 روز پاسخی از ما دریافت نکردید، تا زمان رسیدگی به درخواست تان و تصمیم‌گیری، واجد شرایط استفاده از سرویس Spec-Tran هستید.

در برخی موارد ممکن است به اطلاعات بیشتری از شما برای تصمیم‌گیری نیاز داشته باشیم. در این موارد، برای تعیین وقت مصاحبه حضوری با شما تماس خواهیم گرفت. متقاضیان به صورت کتبی از تایید یا رد واجد شرایط بودن خود مطلع خواهند شد و در صورت رد شدن، دلیل(های) این تصمیم نیز اعلام خواهد شد. اگر واجد شرایط بودن متقاضی تایید نشود، اطلاعات مربوط به فرآیند درخواست تجدیدنظر همراه با اطلاعیه تصمیم کتبی ارائه خواهد شد.

در صورت تایید واجد شرایط بودن شما برای سرویس Spec-Tran، راهنمای استفاده از Spec-Tran و کارت شناسایی ADA از طریق پست به شما ارسال خواهد شد.

بخش 1

1. نام: _____

2. آدرس: _____

لطفاً نام مرکز را در صورت وجود، وارد کنید

شهر: _____ ایالت: _____ زیپ کد: _____

3. شماره تلفن (بهترین شماره برای تماس با شما): (_____) _____

4. آدرس ایمیل: _____

5. تاریخ تولد: _____ / _____ / _____

6. جنسیت: مرد زن

لطفاً با جزئیات به پرسش‌های زیر پاسخ دهید. پاسخ‌های دقیق به ما کمک می‌کند واجد شرایط بودن شما را تعیین کنیم. درخواست‌های ناقص به متقاضی بازگردانده خواهند شد.

7. چه معلولیت مانع استفاده شما از خدمات اتوبوس‌رانی مسیر ثابت CATA می‌شود؟ ثابت-مسیر ثابت همان خدمات معمول اتوبوس‌رانی است که بیشتر افراد با آن آشنا هستند - یعنی اتوبوس‌های بزرگی که در مسیرهای منظم در ساعات زمان‌بندی شده حرکت می‌کنند.

الف) آیا این وضعیت موقت است؟ بله خیر

ب) اگر بله، لطفاً تاریخ مورد انتظار بهبود وضعیت را تخمین بزنید: _____ / _____ / _____

8. لطفاً به تمام سوالات زیر در مورد توانایی حرکت خود، از جمله هنگام استفاده از وسیله حرکتی کمکی، پاسخ دهید:

(a) آیا می‌توانید بدون کمک از منزل خود تا کنار خیابان یا جاده بروید؟

بله خیر گاهی اوقات

(b) آیا می‌توانید یک بلوک را بدون کمک گرفتن از شخص دیگری طی کنید؟

بله خیر گاهی اوقات

(c) آیا می‌توانید مسافت ¼ مایل (4-2 بلوک شهری) را بدون کمک گرفتن از شخص دیگری طی کنید؟

بله خیر گاهی اوقات

(d) آیا می‌توانید مسافت $\frac{3}{4}$ مایل (8-6 بلوک شهری) را بدون کمک گرفتن از شخص دیگری طی کنید؟

بله خیر گاهی اوقات

(e) آیا می‌توانید بدون کمک گرفتن از شخص دیگری 10 تا 20 دقیقه در فضای بیرون منتظر بمانید؟

بله خیر گاهی اوقات

(f) آیا می‌توانید خود را به ایستگاه اتوبوس برسانید؟

بله خیر – همه موارد مربوطه را علامت بزنید:

نمی‌توانم ایستگاه اتوبوس را پیدا کنم چون دچار سردرگمی می‌شوم.

نمی‌توانم بدون کمک فرد دیگری به ایستگاه اتوبوس برسم.

نمی‌توانم از خیابان عبور کنم.

بارش شدید باران/ برف باعث می‌شود رسیدن به آنجا برای من ناممکن شود.

سایر موارد:

9. لطفاً به تمام سوالات زیر در مورد توانایی‌های خود پاسخ دهید:

(a) آیا می‌توانید در صورت لزوم آدرس، مقصد و شماره تلفن خود را ارائه دهید؟

بله خیر گاهی اوقات

(b) آیا می‌توانید مقصد یا نشانه‌های مکانی را تشخیص دهید؟

بله خیر گاهی اوقات

(c) آیا می‌توانید رهنمایی‌ها را بپرسید، درک کنید و دنبال کنید؟

بله خیر گاهی اوقات

(d) آیا از ابزار کمکی ارتباطی استفاده می‌کنید؟

بله خیر اگر «بله» لطفاً مشخص کنید:

10. وضعیت معلولیت/ سلامتی شما چگونه مانع از استفاده شما از اتوبوس‌های مسیر ثابت می‌شود؟ لطفاً تا حد ممکن با جزئیات پاسخ دهید (در صورت نیاز اطلاعات اضافی را پیوست کنید).

11. در حال حاضر چگونه به مقاصد مکرر خود سفر می‌کنید؟ (همه موارد مربوطه را علامت بزنید):

شخصاً رانندگی می‌کنم کسی من را می‌رساند با اتوبوس‌های مسیر ثابت CATA با تاکسی

سایر (لطفاً توضیح دهید)

12. آیا تاکنون از اتوبوس‌های مسیر ثابت CATA استفاده کرده‌اید؟

بله خیر – لطفاً توضیح دهید که چرا نه:

13. آیا در حال حاضر می‌توانید برای برخی از نیازهای حمل و نقل خود از اتوبوس‌های مسیر ثابت CATA استفاده کنید؟

بله خیر نمی‌دانم – لطفاً توضیح دهید:

14. در صورت ارائه آموزش و تمرین مناسب، آیا قادر خواهید بود از خدمات اتوبوس‌رانی مسیر ثابت CATA استفاده کنید؟

بله خیر گاهی اوقات – لطفاً توضیح دهید:

بخش دو

1. آیا هنگام طی مسافت به کمک فرد دیگری نیاز دارید؟

همیشه گاهی اوقات هرگز

2. به چه نوع کمکی هنگام طی مسافت نیاز دارید (لطفاً همه موارد مربوطه را علامت بزنید)؟

طی مسافت از اتوبوس تا مقصد ام برقراری ارتباط
 کمک برای استفاده دارو/ تجهیزات خارج شدن از وسیله کمک حرکتی‌ام

سایر موارد: _____

اگر به کمک یک فرد مراقب نیاز دارید که مراقب شخصی (PCA) نام دارد، آن فرد می‌تواند بدون پرداخت هزینه اضافی همراه شما از سرویس حمل و نقل پارائرنزیت استفاده کند. فرد PCA باید در همان مکان‌ها با مشتری Spec-Tran سوار اتوبوس و از آن پیاده شود.

3. از کدام یک از ابزارهای کمکی زیر، در صورت وجود، استفاده می‌کنید (لطفاً همه موارد مربوطه را علامت بزنید)؟

عصا واکر ویلچر دستی
 چوب زیر بغل حیوان خدماتی ویلچر برقی
 اکسیژن اسکوتر برقی

4. اگر از ویلچر بزرگ یا اسکوتر برقی استفاده می‌کنید، لطفاً اطلاعات زیر را ارائه دهید:

ساخت/مدل _____ ابعاد وسیله: طول _____ عرض _____

آیا وزن کلی ویلچر یا اسکوتر همراه با وزن شما از 800 پوند بیشتر است؟

بله

خیر

توجه: Spec-Tran تمام تلاش خود را برای پذیرش وسیله کمک حرکتی شما خواهد کرد، مشروط بر اینکه خطری نداشته باشد

لطفاً نام دو فردی را بنویسید که می‌توان در مواقع اضطراری با آن‌ها تماس گرفت:

نام: _____ تلفن: _____

نسبت: _____

نام: _____ تلفن: _____

نسبت: _____

آیا لازم است اطلاعات و مطالب به یکی از روش‌های زیر برای شما ارسال شود (لطفاً همه موارد مربوطه را علامت بزنید)؟

چاپ بزرگ نوار صوتی سایر: _____

لطفاً به بخش بیانیه گواهی تایید و مجوز انتشار اطلاعات پزشکی بروید.

بیانیه گواهی تایید و مجوز انتشار اطلاعات پزشکی (متقاضی)

من درک می‌کنم که هدف از این فرم ارزیابی، تعیین این است که آیا زمان‌هایی وجود دارد که من نمی‌توانم از خدمات اتوبوس‌رانی مسیر ثابت ارائه شده توسط CATA استفاده کنم و باید از خدمات پاراترانزیت Spec-Tran استفاده کنم. من درک می‌کنم که اطلاعات مربوط به معلولیت من که در این درخواست ارائه شده است، محرمانه نگه داشته خواهد شد و تنها با متخصصانی به اشتراک گذاشته خواهد شد که در ارزیابی واجد شرایط بودن من مشارکت دارند. من گواهی می‌دهم که تا جایی که مطلع هستم، اطلاعات ارائه شده در این فرم ارزیابی درست و صحیح است. من درک می‌کنم که ارائه اطلاعات کذب یا گمراه‌کننده می‌تواند به بازبینی مجدد وضعیت واجد شرایط بودن من منتج شود.

من بدین وسیله به متخصص ذکر شده در صفحه «تاییدیه پزشکی» اجازه می‌دهم که اطلاعات مورد نیاز را به CATA و/یا شبکه معلولیت منطقه پایتخت (DNCAP) ارائه دهد. من گواهی می‌دهم که اطلاعات ارائه شده در اینجا و صفحات قبل درست است.

اگر این درخواست توسط فردی غیر از شخص متقاضی تکمیل شده است، آن فرد باید بخش زیر را پر کند:

نام _____
آدرس _____
شهر _____ ایالت _____ زیپ کد _____
شماره تماس ساعات اداری _____

امضای متقاضی یا نماینده مجاز او (الزامی)

تاریخ _____

لطفاً این فرم تکمیل شده را از طریق پست یا فکس به آدرس زیر ارسال کنید:

شبکه معلولیت منطقه پایتخت
901 E. Mt Hope Ave
Lansing, MI. 48910
517-999-2767 (فکس)

پایان بخشی از فرم که باید توسط متقاضی یا نماینده وی تکمیل شود. بخش پایانی (صفحه بعد) باید توسط پزشک یا متخصص پزشکی دارای مجوز تکمیل و امضا شود.

تاییدیه پزشکی: باید توسط یک پزشک دارای مجوز یا یک متخصص پزشکی دارای مجوز دیگر تکمیل و امضا شود.

سرویس پاراترانزیت Spec-Tran، که سازمان حمل و نقل منطقه پایتخت (CATA) اداره آن را بر عهده دارد، خدمات حمل و نقل عمومی درب به درب را به افرادی ارائه می‌کند که به دلیل ناتوانی قادر به استفاده از خدمات اتوبوس‌رانی مسیر ثابت نیستند. فرد متقاضی که از شما خواسته است این فرم را مرور و امضا کنید، درخواست تعیین واجد شرایط بودن جهت استفاده از این خدمات را دارد. سرویس پاراترانزیت Spec-Tran فقط مختص سفرهایی است که فرد قادر به استفاده از سیستم اتوبوس‌رانی مسیر ثابت برای انجام آن‌ها نیست.

هدف از این فرم درخواست این است که مشخص کنیم چه زمان و تحت شرایطی استفاده از سیستم اتوبوس‌رانی مسیر ثابت برای متقاضی امکان‌پذیر است و چه زمان نیاز به سرویس پاراترانزیت Spec-Tran وجود دارد.

لطفاً اطلاعات ارائه شده توسط متقاضی را با دقت مرور کرده و سپس به پرسش‌های زیر پاسخ دهید.

(a) لطفاً وضعیت جسمانی و/یا شناختی را تشریح کنید که به لحاظ عملکردی مانع از استفاده متقاضی از خدمات استاندارد اتوبوس CATA می‌شود (لطفاً توجه داشته باشید که اتوبوس‌های CATA به رمپ ویلچر مجهز هستند).

(b) تا جایی که اطلاع دارید، آیا اطلاعات فراهم شده توسط متقاضی درست و صحیح است؟

بله خیر - موارد استثنا را در زیر مشخص کنید:

نام و عنوان (لطفاً خوانا بنویسید): _____

امضا: _____ تاریخ _____ / _____ / _____

نام کسب و کار: _____

آدرس خیابان: _____

شهر / ایالت: _____ زیپ کد: _____

شماره تلفن: () _____ - شماره فکس: () _____ -