

درخواست خدمات پاراترانزیت DOT الکساندریا

این فرم برای افرادی است که مایل به درخواست واجد شرایط بودن برای خدمات پاراترانزیت تحت قانون آمریکایی های دارای معلولیت (ADA) هستند. افراد دارای معلولیت که مانع استفاده از حمل و نقل عمومی می شوند، ممکن است واجد شرایط استفاده از خدمات پاراترانزیت DOT باشند. مسافران واجد شرایط ممکن است ملزم به تجدید گواهی هر دو سال یک بار باشند.

اطلاعات به دست آمده در این درخواست فقط توسط شهر الکساندریا برای ارزیابی صلاحیت شما و اطمینان از ارائه خدمات حمل و نقل مناسب استفاده خواهد شد.

فرآیند درخواست

1. اگر فکر می کنید واجد شرایط هستید، بخش A این درخواست را پر کنید (به بخش «واجد شرایط بودن» مراجعه کنید).

2. کامل i. یا ii. در ادامه

ا. یک کپی، اسکن یا عکس از جلو و پشت شناسه MetroAccess خود ارائه دهید. DOT حق دارد درخواست کند که شناسه MetroAccess به صورت حضوری به کارکنان تعیین شده نشان داده شود.

ب. این درخواست (بخش های A و B) را برای متخصص سلامت خود دریافت یا پست کنید تا بخش B تکمیل شود.

3. فرم درخواست تکمیل شده (بخش های A و B) را به شهرداری ارسال کنید:

City of Alexandria

پست:

DOT Paratransit

123 Prince St, Suite 230

Alexandria, VA 22314

703.746.6433

فکس:

ایمیل: **paratransit@alexandriava.gov**

4. اداره حمل و نقل شما را از وضعیت واجد شرایط بودن مطلع خواهد کرد.

5. اگر ظرف ۲۱ روز پس از ارسال درخواست به شما اطلاع داده نشده است، با شماره

Voice 703.746.5222 یا Virginia Relay 711 تماس بگیرید. اگر صلاحیت شما مشخص نشده

باشد، به طور موقت واجد شرایط خدمات پاراترانزیت خواهید بود.

6. اگر واجد شرایط بودن شما رد شود، حق اعتراض دارید. اطلاعات مربوط به روند تجدیدنظر برای شما

ارسال خواهد شد. تماس با 703.746.5222 صدا؛ یا برای اطلاعات بیشتر به Virginia Relay

.711

شرایط لازم برای حضور

بر اساس ADA، سه دسته از افراد واجد شرایط برای پارترانزیت ADA هستند. هر فرد دارای معلولیت واجد شرایط است که:

- ا. به دلیل ناتوانی جسمی یا ذهنی قادر به سواری، سوار شدن یا پیاده شدن از وسیله نقلیه حمل و نقل عمومی قابل دسترس نیست؛ یا
- ب. نیاز به کمک بالابر ویلچر یا سایر وسایل کمکی سوار شدن دارد و با این کمک می تواند سوار شود، سوار شود و پیاده شود، اما چنین وسیله نقلیه ای در مسیر هنگام تمایل فرد به سفر در دسترس نیست؛ یا
- ت. دارای یک وضعیت خاص مرتبط با اختلال (شامل اختلالات بینایی، شنوایی یا باعث سردرگمی می شود) که مانع از رفت و آمد به ایستگاه یا توقف سیستم می شود.

پس از بررسی درخواست شما، اداره حمل و نقل بر اساس توانایی عملکردی فرد در استفاده از حمل و نقل عمومی، نوعی صلاحیت تعیین می کند که به شرح زیر است:

- **واجد شرایط بودن بدون قید و شرط** - متقاضی ای که معلولیت او را از استفاده از سیستم اتوبوس مسیر ثابت قابل دسترس در همه شرایط منع می کند.
- **صلاحیت مشروط** - متقاضی ای که معلولیت او مانع استفاده از سیستم اتوبوس مسیر ثابت قابل دسترس در شرایط خاص می شود.
- **صلاحیت موقت** - متقاضی ای که به طور موقت معلول است و نیاز به ارائه خدمات برای مدت کوتاهی دارد.
- **غیرقابل قبول** - متقاضی دارای معلولیتی که استفاده او از سرویس اتوبوس مسیر ثابت قابل دسترس طبق تعاریف ADA را ممنوع نمی کند. اگر درخواست متقاضی رد شود، اداره حمل و نقل نامه ای ارائه می دهد که دلایل تصمیم گیری را بیان کرده و روند ثبت تجدیدنظر را توضیح می دهد.

بخش الف

اطلاعات متقاضی

نام: _____ تاریخ تولد: _____
آخرین اول ام.آی.
آدرس محل اقامت شما هنگام استفاده از خدمات DOT:

آدرس خیابان

آپارتمان/واحد #

شهر

ایالت

کد پستی

تلفن: _____ ایمیل: _____

آیا آدرس ارائه شده محل اقامت قانونی شما در شهر الکساندریا است؟

بله نه

اگر نه، محل اقامت قانونی خود را در زیر ارائه دهید:

آدرس خیابان

آپارتمان/واحد #

شهر

ایالت

کد پستی

تماس اضطراری

در مواقع اضطراری، باید با چه کسی تماس بگیریم؟

نام: _____

رابطه (خانواده، همسایه و غیره) _____

تلفن (محل کار): _____ تلفن (موبایل): _____

بخش الف
کمک های حرکتی

آیا هنگام سفر به استفاده از کمک حرکتی نیاز دارید؟

بله نه

اگر بله، همه موارد مرتبط را بررسی کنید:

- | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> نی | <input type="checkbox"/> حیوان خدماتی | <input type="checkbox"/> ویلچر دستی |
| <input type="checkbox"/> وایت کین | <input type="checkbox"/> بطری اکسیژن | <input type="checkbox"/> ویلچر برقی |
| <input type="checkbox"/> واکر | <input type="checkbox"/> هیئت ارتباطات | <input type="checkbox"/> ویلچر چاقی |
| <input type="checkbox"/> عصاها | <input type="checkbox"/> تابلو انتقال | <input type="checkbox"/> اسکوتر برقی |
| <input type="checkbox"/> پروتز | <input type="checkbox"/> صندلی خوابگاه | <input type="checkbox"/> سمعک |

سایر:

اگر از ویلچر یا اسکوتر استفاده می کنید، آیا حاضر هستید به صندلی خودرو منتقل شوید؟

بله نه

مسئول مراقبت شخصی

آیا هنگام سفر به مراقب مراقبت شخصی نیاز دارید؟ (شما مسئول تأمین مراقب مراقبت شخصی خود هستید)

بله نه

اطلاعات مربوط به معلولیت

معلولیت شما چیست؟

آیا چیز دیگری درباره معلولیت شما هست که باید از آن مطلع باشیم تا خدمات پاراترانزیت مناسب ارائه شود؟ لطفا هر اطلاعاتی که کمک می کند ارائه دهید.

بخش الف

آموزش سفر

آموزش سفر ممکن است به شما کمک کند تا از سیستم های اتوبوس و مترو ریل مسیر ثابت برای مسیرهای خاص یا همه مسیرها استفاده کنید. متخصصان آموزش سفر ممکن است به صورت رایگان در دسترس باشند تا با شما (و معلولیت خاص شما) همکاری کنند. برای اطلاعات بیشتر درباره آموزش سفر، با شماره Voice 703.836.5222 یا Virginia Relay 711 تماس بگیرید.

□ اگر به آموزش سفر علاقه مند هستید، لطفا اینجا را بررسی کنید.

مجوز HIPAA متقاضی

، به ارائه دهنده خدمات بهداشتی که این درخواست را تکمیل می کند اجازه می دهم هرگونه اطلاعات سلامت محافظت شده درباره معلولیتم را به سرویس پاراترانزیت شهر الکساندریا (DOT) ارائه دهد تا صلاحیت من برای خدمات پاراترانزیت DOT تأیید شود. همچنین اجازه می دهم در صورت نیاز اطلاعات بیشتر برای این درخواست به مدت ۶۰ روز از تاریخ امضای بخش A این درخواست منتشر شود.

سلب مسئولیت و امضا

وزارت حمل و نقل حق دارد اطلاعات بیشتری را از ارائه دهنده خدمات بهداشتی درخواست کند. اگر DOT اطلاعات بیشتری از ارائه دهنده خدمات درمانی بخواهد، به شما اطلاع داده می شود و فرم مورد نیاز برای تکمیل ارائه دهنده ارائه می شود. تا جایی که می دانم، تأیید می کنم که پاسخ هایم درست هستند.

تاریخ

امضا

یا اینکه من متقاضی نیستم، اما این درخواست را به نمایندگی از متقاضی تکمیل کرده ام و تا جایی که می دانم تأیید می کنم که درخواست درست است:

رابطه با متقاضی

امضا

تلفن روزانه

تاریخ

نام چاپی

در ادامه توضیح دهید که این فرد چگونه اختیار قانونی برای امضای این فرم دارد:

بخش B

اثبات معلولیت که دسترسی به خدمات مسیر ثابت را تحت تأثیر قرار داده است

از ارائه دهنده خدمات بهداشتی خود بخواهید گواهی نامه ارائه دهنده خدمات بهداشتی زیر را تکمیل کند یا یک کپی، اسکن یا عکس از جلو و پشت شناسه MetroAccess خود ارائه دهد.

DOT حق دارد درخواست کند شناسه *MetroAccess* به صورت حضوری به کارکنان تعیین شده نشان داده شود. اگر *DOT* نیاز داشته باشد که شناسه *MetroAccess* شما به صورت حضوری در فرآیند بررسی درخواست شما نمایش داده شود، به شما اطلاع داده خواهد شد.

گواهینامه ارائه دهنده خدمات بهداشتی

نام ارائه دهنده خدمات بهداشتی:

تلفن:

شماره مجوز/ایالت یا منطقه صادر شده:

آدرس خیابان و سوئیت #:

شهر، ایالت، زیپ:

تخصص:

بخش B

1. آیا متقاضی هنگام سفر به مراقب مراقبت شخصی نیاز دارد؟

بله نه

2. آیا متقاضی هنگام سوار شدن به پارترانزیت به وسایل کمکی حرکتی نیاز دارد؟

بله نه

اگر بله، همه موارد مرتبط را بررسی کنید:

ویلچر دستی حیوان خدماتی نی

ویلچر برقی بطری اکسیژن وایت کین

ویلچر چاقی هیئت ارتباطات واکر

اسکوتر برقی تابلو انتقال عصاها

سمعک صندلی خوابگاه پروتز

سایر: _____

3. مدت زمان مورد انتظار ناتوانی چقدر است؟

موقتی: مدت زمان مورد انتظار تا _____ / _____ / _____

بلندمدت: شرایطی با پتانسیل بهبود یا دوره های طولانی بهبودی.

مدت زمان مورد انتظار تا _____ / _____ / _____

دائمی: شرایطی بدون انتظار بهبود.

4. آیا معلولیت(های) متقاضی مانع استفاده مستقل او از سیستم اتوبوس DASH قابل دسترس برای برخی یا

همه سفرها می شود؟

بله نه

اگر بله، معلولیت چگونه بر توانایی متقاضی برای سفر مستقل در سیستم حمل و نقل عمومی قابل دسترس تأثیر می گذارد؟

5. اگر متقاضی در حال حاضر دارو مصرف می کند، آیا عوارض جانبی به طور قابل توجهی توانایی او

را برای رانندگی مستقل در سیستم حمل و نقل عمومی قابل دسترس کاهش می دهد یا محدود می کند؟

بخش B

بله نه نامشخص.

اگر پاسخ مثبت است، لطفا توضیح دهید که چگونه عوارض جانبی می تواند توانایی متقاضی را برای استفاده از سیستم حمل و نقل عمومی قابل دسترس مختل کند:

بر اساس معلولیت(های) متقاضی، لطفا توضیح دهید که آیا عوامل محیطی زیر بر توانایی او برای استفاده از سیستم حمل و نقل عمومی قابل دسترس تأثیر می گذارد یا خیر.

6. افراط دما

بله نه

لطفا توضیح دهید چگونه:

7. یخ و/یا برف

بله نه

لطفا توضیح دهید چگونه:

8. کیفیت پایین هوا

بله نه

لطفا توضیح دهید چگونه:

9. به نظر پزشکی شما، چه عوامل دیگری مرتبط با معلولیت متقاضی بر توانایی او برای استفاده از سیستم حمل و نقل قابل دسترس تأثیر می گذارد؟

بخش B

صفحه امضای ارائه دهندگان خدمات درمانی

تأیید می‌کنم که سوالات بخش B را تکمیل کرده‌ام و اطلاعات ارائه شده درست و درست است.

امضا

تاریخ

نام چاپی