

طلب خدمة النقل المتبادل في ألكسندريا DOT

هذا النموذج مخصص للأشخاص الذين يرغبون في التقدم بطلب للحصول على خدمة النقل شبه العام بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA). قد يكون الأشخاص ذوو الإعاقات التي تمنعهم من استخدام وسائل النقل العام المفتوحة مؤهلين لاستخدام خدمات النقل شبه العام التابعة لوزارة النقل الأمريكي. قد يطلب من الركاب المؤهلين إعادة الاعتماد كل عامين.

المعلومات التي تم الحصول عليها في هذا الطلب ستستخدم فقط من قبل مدينة الإسكندرية لتقييم أهليتك وضمان توفير خدمات النقل المناسبة.

عملية التقديم

1. املأ الجزء أ من هذا الطلب إذا كنت تعتقد أنك مؤهل (انظر "الأهلية" أدناه).
2. أكمل الجزء الأول أو الثاني. فيما يلي:
 - أ. قدم نسخة أو مسح ضوئي أو صورة لواجهة وخلف معرف MetroAccess الخاص بك. تحتفظ إدارة النقل بالحق في طلب عرض معرف MetroAccess شخصيا لموظف معين.
 - ب. خذ أو أرسل هذا الطلب (الجزءان أ وب) إلى مقدم الرعاية الصحية الخاص بك لإكمال الجزء ب.
3. قدم نموذج الطلب المكتمل (الجزآن أ وب) إلى المدينة:

City of Alexandria

البريد:

DOT Paratransit

123 N. Pitt St, Suite 230

Alexandria, VA 22314

703.746.6433

فاكس:

paratransit@alexandriava.gov

البريد الإلكتروني:

4. ستقوم إدارة النقل بإبلاغك بحالة أهليتك.
5. إذا لم يتم إخطارك خلال 21 يوما من تقديم طلبك، اتصل على 703.746.5222 ، أو فيرجينيا ريلاي 711. إذا لم يتم تحديد أهليتك، ستكون مؤهلا مؤقتا لخدمة النقل البارانتزيت.
6. إذا تم رفض الأهلية، لديك الحق في الاستئناف. سيتم إرسال معلومات عن عملية الاستئناف إليك. اتصل على 703.746.5222 ؛ أو فيرجينيا ريلاي 711 لمزيد من المعلومات.

الأهلية

بموجب قانون ADA، هناك ثلاث فئات من الأشخاص المؤهلين لنقل ADA. أي فرد ذو إعاقة مؤهل لذي:
أ. غير قادر على الصعود أو الركوب أو النزول من مركبة نقل عام متاحة بسبب إعاقة جسدية أو عقلية؛ أو

ب. يحتاج إلى مساعدة مصعد للكرسي المتحرك أو أي جهاز مساعد للصعود ويمكنه بهذه السهولة الصعود والركوب والنزول من مركبة يسهل الوصول إليها، لكن مثل هذه المركبة غير متوفرة على الطريق عندما يرغب الفرد في السفر؛ أو
ت. يعاني من حالة محددة مرتبطة بالإعاقة (بما في ذلك إعاقات البصر أو السمع أو التسبب في الارتباك) تمنع السفر من أو إلى محطة أو توقف في النظام.

بمجرد مراجعة طلبك، ستقوم وزارة النقل بتحديد نوع الأهلية بناء على قدرة الشخص الوظيفية على استخدام وسائل النقل العامة، كما يلي:

- **الأهلية غير المشروطة** - المتقدم الذي تمنعه إعاقته من استخدام نظام حافلات المسار الثابت المتاح في جميع الحالات.
- **الأهلية المشروطة** - المتقدم الذي تمنعه إعاقته من استخدام نظام الحافلات الثابت المتاح عند وجود ظروف محددة.
- **الأهلية المؤقتة** - المتقدم الذي يعاني من إعاقة مؤقتة ويحتاج إلى خدمة لفترة قصيرة.
- **غير مؤهل** - مقدم طلب يعاني من إعاقة لا تمنعه من استخدام خدمة الحافلات ذات المسار الثابت المتاح وفقا لتعريفات قانون ADA. إذا تم رفض المتقدم، ستقدم وزارة النقل خطابا يوضح أسباب القرار ويشرح عملية تقديم الاستئناف.

الجزء أ

معلومات المتقدم

الاسم: _____ الأخير _____ أولاً _____ تاريخ الميلاد: _____ م.أي.
عنوان المكان الذي ستقيم فيه عند استخدام خدمة DOT:

شقة/وحدة #

عنوان الشارع

الرمز البريدي

الدولة

المدينة

الهاتف: _____ البريد الإلكتروني _____

هل العنوان المقدم هو إقامتك القانونية في مدينة الإسكندرية؟

نعم لا

إذا لا، قدم إقامتك القانونية أدناه:

شقة/وحدة #

عنوان الشارع

الرمز البريدي

الدولة

المدينة

الاتصال الطارئ

في حالة الطوارئ، من يجب أن نتواصل معه؟

الاسم: _____

العلاقة (العائلة، الجار، إلخ) _____

الهاتف (العمل): _____ الهاتف (الجوال): _____

الجزء أ

مساعدات الحركة

هل تحتاج إلى استخدام مساعد حركة أثناء السفر؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، تحقق من كل ما ينطبق علي:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> الكرسي المتحرك اليدوي | <input type="checkbox"/> حيوان خدمة | <input type="checkbox"/> عصا |
| <input type="checkbox"/> كرسي متحرك بمحرك | <input type="checkbox"/> زجاجة الأكسجين | <input type="checkbox"/> العصا البيضاء |
| <input type="checkbox"/> الكرسي المتحرك المتعلق بالسمنة
أكثر من 30 بوصة عرضاً و/أو 42 بوصة | <input type="checkbox"/> مجلس الاتصالات | <input type="checkbox"/> مشاية |
| <input type="checkbox"/> سكوتر مزود بمحرك | <input type="checkbox"/> لوحة الانتقالات | <input type="checkbox"/> العكازات |
| <input type="checkbox"/> جهاز السمع | <input type="checkbox"/> كرسي الصعود | <input type="checkbox"/> الأطراف الصناعية |
- أخرى: _____

إذا كنت تستخدم كرسيًا متحركًا أو سكوتر، هل أنت مستعد للانتقال إلى مقعد في السيارة؟

نعم لا

موظف رعاية شخصية

هل تحتاج إلى مشرف رعاية شخصية أثناء السفر؟ (أنت مسؤول عن توفير موظف الرعاية الشخصية الخاص بك)

نعم لا

معلومات عن الإعاقة

ما هي إعاقتك؟

هل هناك أي شيء آخر بخصوص إعاقتك يجب أن نكون على علم به لتوفير خدمة النقل المتبادل المناسبة؟ يرجى تقديم أي معلومات قد تساعد.

الجزء أ

تدريب السفر

قد يساعدك تدريب السفر في استخدام أنظمة الحافلات والمترو للمسارات المحددة أو لجميع المسارات. قد يكون هناك محترفون في تدريب السفر متاحين للعمل معك (ومع إعاقتك الخاصة) مجاناً. لمزيد من المعلومات حول تدريب السفر، اتصل على 703.836.5222 فويس، أو فيرجينيا ريلاي 711.

□ يرجى التحقق هنا إذا كنت مهتما بتدريب السفر.

تفويض HIPAA للمتقدم

أفوض لمقدم الرعاية الصحية الذي يملأ هذا الطلب بإصدار أي معلومات صحية محمية عن إعاقتي إلى خدمة النقل الباراتي في مدينة ألكسندريا (DOT) للتحقق من أهليتي لخدمة النقل المتبادل من DOT. كما أوافق على إصدار مزيد من المعلومات إذا دعت الحاجة لهذا الطلب لمدة 60 يوماً من تاريخ توقيعي على الجزء أ من هذا الطلب.

تنويه وتوقيع

تحتفظ إدارة النقل بالحق في طلب معلومات إضافية من مقدم الرعاية الصحية. إذا طلبت إدارة النقل معلومات إضافية من مقدم الرعاية الصحية، سيتم إبلاغك وتزويدك بالنموذج المطلوب ليقوم مقدم الرعاية بملؤه. أؤكد أن إجاباتي صحيحة حسب معرفتي.

التاريخ

التوقيع

أو أنني لست المتقدم، لكنني أكملت هذا الطلب نيابة عنه، وأشهد أن الطلب صحيح حسب علمي:

العلاقة مع مقدم الطلب

التوقيع

هاتف النهار

التاريخ

الاسم المطبوع

أصف أدناه كيف يمتلك هذا الشخص السلطة القانونية لتوقيع هذا النموذج:

الجزء ب

دليل على تأثير الإعاقة على الوصول إلى خدمة المسار الثابت

اطلب من مقدم الرعاية الصحية إكمال شهادة مقدم الرعاية الصحية أدناه أو تزويدك بنسخة أو مسح ضوئي أو صورة لمقدمة وخلف معرف MetroAccess الخاص بك.

تحتفظ إدارة النقل بالحق في طلب عرض معرف MetroAccess شخصيا على موظف معين. سيتم إعلامك إذا طلبت إدارة النقل عرض معرف MetroAccess الخاص بك شخصيا كجزء من عملية مراجعة طلبك.

شهادة مقدم الرعاية الصحية

اسم مقدم الرعاية الصحية:

الهاتف:

رقم الرخصة/ الولاية أو المنطقة الصادرة:

عنوان الشارع والجناح #:

المدينة، الولاية، الرابط:

التخصص:

الجزء ب

1. هل يحتاج المتقدم إلى مرافقة رعاية شخصية عند سفره؟

نعم لا

2. هل يحتاج المتقدم إلى أي وسائل مساعدة في الحركة عند ركوب البارانزيت؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، تحقق من كل ما ينطبق علي:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> القصب | <input type="checkbox"/> حيوان خدمة | <input type="checkbox"/> الكرسي المتحرك اليدوي |
| <input type="checkbox"/> العصا البيضاء | <input type="checkbox"/> زجاجة الأكسجين | <input type="checkbox"/> كرسي متحرك بمحرك |
| <input type="checkbox"/> ووكر | <input type="checkbox"/> مجلس الاتصالات | <input type="checkbox"/> الكرسي المتحرك المتعلق بالسمنة |
| <input type="checkbox"/> العكازات | <input type="checkbox"/> لوحة الانتقالات | <input type="checkbox"/> سكوتر مزود بمحرك |
| <input type="checkbox"/> الأطراف الصناعية | <input type="checkbox"/> رئيس الإقامة | <input type="checkbox"/> جهاز السمع |
| <input type="checkbox"/> أخرى: _____ | | |

3. ما هي المدة المتوقعة للإعاقة؟

- مؤقت: _____ المدة المتوقعة حتى _____
- على المدى الطويل: حالات قد تتحسن أو فترات هدوء طويلة. _____ المدة المتوقعة حتى _____
- دائم: ظروف لا يوجد فيها أي توقع للتحسن.

4. هل تمنعه إعاقات المتقدم من استخدام نظام حافلات DASH المتاح بشكل مستقل لبعض أو كلها؟

نعم لا

إذا كان الجواب نعم، كيف تؤثر الإعاقة على قدرة المتقدم على السفر بشكل مستقل عبر نظام النقل العام المتاح؟

الجزء ب

5. إذا كان المتقدم يتناول حالياً أدوية، هل ستؤدي الآثار الجانبية إلى تقليل أو تعيق قدرته على الركوب بشكل مستقل عبر نظام النقل العام المتاح؟

نعم لا لا يوجد

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى شرح كيف أن الآثار الجانبية ستعيق قدرة المتقدم على استخدام نظام النقل العام المتاح:

استناداً إلى إعاقة المتقدم، يرجى شرح ما إذا كانت العوامل البيئية التالية تؤثر على قدرته على ركوب نظام النقل العام المتاح.

6. التقلبات في درجات الحرارة

نعم لا

يرجى شرح كيف:

7. الجليد و/أو الثلج

نعم لا

يرجى شرح كيف:

8. جودة الهواء السيئة

نعم لا

يرجى شرح كيف:

9. برأيك الطبي، ما هي العوامل الأخرى المتعلقة بإعاقة المتقدم التي تؤثر على قدرته على ركوب نظام النقل المتاح؟

الجزء ب

صفحة توقيع مقدم الرعاية الصحية

أؤكد أنني أنهيت الأسئلة في الجزء ب وأن المعلومات المقدمة صحيحة وصحيحة.

التاريخ

التوقيع

الاسم المطبوع