

Paratransit نموذج طلب خدمة

شكرًا لك على اهتمامك بخدمة Paratransit من Spokane Transit!

يجب على جميع الأشخاص الراغبين في التأهل للحصول على خدمة Paratransit إكمال عملية الأهلية التي تبدأ بإكمال نموذج الطلب هذا. لمزيد من المعلومات، انظر منشور الأهلية المرفق مع نموذج الطلب أو قم بالانتقال إلى www.spokanetransit.com.

إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة لإكمال نموذج الطلب هذا، فسوف نسعد بمساعدتك. يرجى الاتصال على (509) 325-6052 أو (509) 232-6303 للحصول على المساعدة.

الإرشادات

قبل إرسال نموذج الطلب، يرجى:

- قراءة منشور أهلية Paratransit المرفق مع نموذج الطلب.
- إكمال الصفحات من 1 إلى 5 من نموذج الطلب هذا. الرجاء الكتابة بأحرف واضحة.
- التأكد من قيام المتقدم أو، إذا أمكن، الوصي القانوني، أو حامل التوكيل الرسمي (POA) بتوقيع نموذج الطلب في الصفحة 4. يلزم توفر التوقيع قبل معالجة الطلب.

☞ إذا كان لديك وصي قانوني، فيلزم قيام الوصي بتوقيع الطلب.

☞ يلزم قيام ولي أمر القاصر أو الوصي القانوني بتوقيع الطلب.

- التأكد من أن الصفحة 6 مكتملة وموقعة بواسطة مقدم الخدمات الصحية الطبية/العقلية. (اطلع على قائمة مقدمي الخدمات المعتمدين في الصفحة 5).

مرفقات إضافية مطلوبة من الوصي القانوني أو حامل التوكيل الرسمي

- توفير نسخ من تفويض الوصاية وأمر تعيين الوصي الموثق من المحكمة.
- يجب أن تشتمل مستندات حامل التوكيل الرسمي على توثيق حالي يمنح حامل التوكيل الرسمي الحق في توقيع نموذج الإعفاء من المسؤولية الطبية نيابة عن المتقدم.

☞ قد تطلب Spokane Transit وثيقة مكتوبة تؤكد سريان التوكيل الرسمي.

تجب إعادة كل الصفحات الثمانية من نموذج الطلب المكتمل في الوقت نفسه.

لا يكتمل طلب حصولك على الخدمة حتى يتم تقديم كافة المعلومات المطلوبة إلى STA وإكمال أي تقييمات شخصية مطلوبة. لا توجد أي تكاليف للتقييم وسيتم توفير وسائل النقل عند الحاجة.

جديد إعادة اعتماد

رقم التعريف _____ تاريخ انتهاء الصلاحية: _____

نموذج طلب خدمة PARATRANSIT

تمت المراجعة في 1/2017

الاسم الأخير _____ الاسم الأول _____ حرف الاسم الأوسط _____

العنوان البريدي _____ رقم الشقة/المكان _____

المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

العنوان الذي ستقوم خدمة Paratransit باصطحابك منه (إذا كان مختلفاً عن العنوان البريدي)

عنوان الشارع _____ رقم الشقة/المكان _____

المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

تاريخ الميلاد _____ ذكر انثى

الشهر/اليوم/العام

هاتف المنزل (____) _____ الهاتف المحمول (____) _____

عنوان البريد الإلكتروني _____

جهة الاتصال في حالة الطوارئ _____ صلة القرابة _____

هاتف المنزل (____) _____ الهاتف المحمول (____) _____

حال لم تتمكن من الاتصال بك، يرجى إدراج جهة اتصال بديلة

الاسم _____ صلة القرابة _____

هاتف المنزل (____) _____ الهاتف المحمول (____) _____

من خلال توفير أرقام طوارئ/بديلة، فأنت تصرح لهيئة STA أو ممثليها بالاتصال بالأفراد المدرجين بشأن خدمة Paratransit الخاصة بك.

هل تتحدث اللغة الإنجليزية وتفهمها؟ نعم لا (حدد لغة أخرى أدناه)

1. ما الإعاقة أو الحالة المقيدة للحركة التي تعاني منها؟

2. هل العوائق التي تعاني منها تتغير من وقت لآخر بسبب العلاج الطبي، أو الأدوية، أو لأسباب أخرى؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى التوضيح: _____

3. هل حاجتك إلى خدمة Paratransit طويلة الأمد أم مؤقتة؟
 طويلة الأمد مؤقتة - كم من الوقت؟ _____

4. هل تتأثر ذاكرتك بسبب الإعاقة/الحالة المقيدة لديك؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم: الذاكرة قصيرة الأمد الذاكرة طويلة الأمد

5. هل تقوم حاليًا بركوب الحافلات العادية؟ نعم لا
هل قمت بركوب الحافلة العادية دون مساعدة أحد من قبل؟
 نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، منذ متى؟ _____

6. هل تستطيع أن تقوم بما يلي على نحو مستقل:

أحيانًا	لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

التنقل إلى محطة الحافلات ومنها؟
ركوب حافلة مجهزة بسطح منحدر والنزول منها؟
طلب التوجيهات، و/أو فهمها، و/أو اتباعها؟
تخطيط، وفهم ومتابعة الأفعال
الضرورية للذهاب في رحلة بالحافلة؟

إذا حددت لا أو أحيانًا في السؤال 6، فيرجى التوضيح. (استخدم الأسطر الإضافية في الصفحة 8، إذا لزم الأمر.) _____

7. أي من وسائل المساعدة على الحركة أو الأجهزة الآتية تقوم باستخدامها عند مغادرة منزلك؟ حدد كل ما ينطبق ووضح النسبة المئوية للمدة الزمنية التي تستخدم فيها وسيلة المساعدة (مثال: عصا المساعدة، 90%، دون وسائل مساعدة، 10%).

_____ %	كرسي متحرك آلي	_____ %	دون وسائل مساعدة
_____ %	دراجة آلية	_____ %	عصا بيضاء
_____ %	كرسي متحرك يدوي	_____ %	عصا المساعدة
_____ %	غير ذلك (يرجى التحديد)	_____ %	عكازات
		_____ %	مشاية

8. إذا حددت أكثر من وسيلة مساعدة واحدة، فيرجى وصف ظروف استخدام كل منها.

إذا كنت تستخدم دراجة أو كرسي متحرك، فانقل إلى السؤال 10.

9. عندما تقوم بالسير خارج منزلك، فما المسافة التي يمكنك سيرها بمفردك، أو باستخدام وسيلة مساعدة على الحركة مثل العصا، أو المشاية؟

عدد من المربعات السكنية _____ أقل من مربع سكني واحد لا يمكنني سير أي مسافة

10. إذا كنت تستخدم كرسي متحرك يدوي، فما المسافة التي يمكنك دفع نفسك لقطعها؟

عدد من المربعات السكنية _____ أقل من مربع سكني واحد لا يمكنني دفع نفسي

11. إذا كنت تستخدم كرسي متحرك أو دراجة آلية، فما المسافة التي يمكنك قطعها من دون مساعدة أحد؟

عدد من المربعات السكنية _____ أقل من مربع سكني واحد لا يمكنني قطع أي مسافة

12. إذا كنت مؤهلاً للحصول على خدمة Paratransit، فستكون بحاجة إلى:

نعم	لا	أحياناً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

استخدام الرافعة لركوب العربة؟

إحضار مساعد (مقدم رعاية شخصية - PCA) معك؟

13. هل هناك أي أمر آخر متعلق بالإعاقة/الحالة المقيدة التي تعاني منها من شأنه مساعدتنا بشكل أفضل لفهم احتياجات وقيود التنقل الخاصة بك؟ (استخدم الأسطر الإضافية في الصفحة 8، إذا لزم الأمر).

هل تعلم... توفر Spokane Transit تدريب مجاني للتعرف على كيفية ركوب الحافلة العادية؟ لا تعد المشاركة في التدريب أساسًا لتقييد أهليتك للحصول على خدمة Paratransit أو حرمانك منها.
هل أنت مهتم؟ نعم - سيقوم أحد مدربي الحركة لدى STA بالاتصال بك قريبًا.
 لا (إذا كانت الإجابة لا، فيرجى التوضيح)

اتفاقية المتقدم للحصول على خدمة Paratransit ومصادقة الإذن بالإفصاح عن المعلومات

من خلال توقيع هذا الطلب، أنت تصرح بالإفصاح عن معلومات التحقق وأي معلومات أخرى لازمة لتقييم أهليتك للحصول على خدمة Paratransit إلى Spokane Transit أو ممثلها. يرجى العلم أن Spokane Transit ستستخدم البيانات الخاصة بك لتحديد أهليتك للحصول على خدمة Paratransit بموجب القانون. تعد البيانات المضمنة هنا جوهرية لقيام Spokane Transit بالتحديد ويجوز لـ Spokane Transit اتخاذ إجراءات استنادًا إليها.

يمكن أن تشارك Spokane Transit عملية تحديد الأهلية الخاصة بك مع مقدمي خدمات نقل آخرين، عند الطلب، لتسهيل التنقل داخل Spokane ومناطق النقل الأخرى.

يمكن أن تخضع المستندات المستخدمة بواسطة Spokane Transit فيما يتعلق بأهليتك لاستخدام خدمات Paratransit، باستثناء المعلومات المزودة بواسطة مقدم الخدمات الطبية الخاص بك، للإفصاح العلني استجابة لطلب من السجلات العامة بموجب البند 42.56 من RCW Revised Code of Washington (المدونة المنقحة لواشنطن). ستحاول Spokane Transit إخطارك عند وجود طلب من السجلات العامة للحصول على مستندات الأهلية الخاصة بك.

يجب توقيع هذا النموذج بواسطة المتقدم أو، إذا أمكن، الوصي القانوني عن المتقدم، أو حامل التوكيل الرسمي (POA). إذا كان المتقدم أقل من 18 عامًا، فيجب أن يقوم ولي الأمر أو الوصي القانوني بتوقيع هذا النموذج. إذا تم توقيع النموذج بواسطة وصي قانوني، أو حامل التوكيل الرسمي، فقم بإرفاق الوثائق الحالية التي تدعم الحق في التوقيع.

أقر أنا بموجب هذا المستند وأنا تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين بموجب قوانين ولاية واشنطن أن المعلومات الواردة في هذا الطلب حقيقية وصحيحة.

التاريخ
 حامل التوكيل الرسمي

الوصي القانوني

التوقيع (مطلوب)
 المتقدم

رقم التواصل

الاسم بأحرف واضحة

اسم المتقدم _____

حال قيام شخص آخر بخلاف المتقدم بملء هذا الطلب، فيرجى إكمال الآتي (يرجى الكتابة بأحرف واضحة).

الاسم _____ رقم الهاتف المتاح في أثناء النهار _____

صلة القرابة بالمقدم _____ الوكالة _____

يرجى ملاحظة: يجب على مقدم خدمات الصحة الطبية أو العقلية المرخص، والذي هو على دراية بك وبالإعاقة/الحالة المقيدة لحركتك، الإجابة عن الأسئلة الموجودة في الصفحة 6 من نموذج الطلب هذا. يقتصر مقدمو الخدمة المعتمدون على المهن الآتية.

مقدم الخدمة المعتمد الخاص بي يكون (يرجى تحديد المربع المناسب أدناه):

- طبيب (دكتور في الطب أو دكتور في طب العظام) أخصائي مرخص في الصحة العقلية
 مصحح البصر أو طبيب عيون اختصاصي معالجة طبيعية أو مهنية
 اختصاصي علم النفس (درجة الدكتوراه) ممرضة MDS (من مرافق الرعاية التمريضية الماهرة فقط)
 مساعد طبيب أو ممرضة ممارسة مسجلة متقدمة اختصاصي توجيه وحركة معتمد

إذا كان قد تم إبلاغك بوجود رسوم لإجراء التحقق من الصحة الطبية أو العقلية، فاتصل على 325-6052 (509). يمكن أن تقوم Spokane Transit بتحديد خدمة بديلة لا تتطلب دفع رسوم مقابل التحقق المطلوب.

يرجى مطالبة مقدم الخدمة المرخص المعتمد الخاص بك بإكمال الصفحة 6 من نموذج طلب الحصول على خدمة Paratransit هذا.



اسم المتقدم

التحقق من مقدم الخدمة المرخص

شكرًا لك على إكمال هذا الطلب. ستستخدم Spokane Transit المعلومات للمساعدة على تحديد أهلية Paratransit بالتوافق مع ADA (Americans with Disabilities Act)، قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة). Paratransit عبارة عن خدمة مدعومة ضريبياً للأفراد الذين، بسبب آثار الإعاقات/الحالات المقيدة لحركتهم، لا يستطيعون ركوب حافلات STA العادية المجهزة بسطح منحدر والملائمة لذوي الاحتياجات الخاصة. لا يعد العمر، وملانمة الخدمة، والخوف من السقوط، وعدم القدرة على القيادة، وعدم القدرة على حمل العبوات من العوامل المؤهلة للحصول على خدمة Paratransit. يرجى الاتصال على الرقم 325-6052 (509) إذا كانت لديك أي أسئلة.

يرجى مراجعة المعلومات المزودة بواسطة المتقدم في نموذج الطلب هذا. وفقاً لمعرفتك بحالة المتقدم، هل هذه المعلومات دقيقة؟

نعم لا إلى حد ما

إذا حددت لا أو إلى حد ما، فيرجى التوضيح:

التشخيص/الإعاقة (ليس الأعراض)	مستوى العجز (ضع دائرة حول خيار واحد)	تاريخ البدء (إذا كان معروفاً)
_____	خفيف متوسط حاد	_____
_____	خفيف متوسط حاد	_____
_____	خفيف متوسط حاد	_____
_____	خفيف متوسط حاد	_____
_____	خفيف متوسط حاد	_____

هل حاجة المتقدم لخدمة Paratransit مؤقتة؟ نعم، حتى لا

إذا كان المتقدم يعاني من حالة صحية من المتوقع أن تتحسن، مثل استبدال الركبة أو سكتة دماغية حديثة، متى تتوقع استقرار الحالة؟

هل أي من هذه الحالات عارضة أو متغيرة الحدة؟ نعم - قم بتوفير التفاصيل أدناه لا

قم بتوفير أي معلومات إضافية تعدها ذات صلة بالأسباب التي تجعل آثار الإعاقة/الحالة المقيدة التي يعاني منها المتقدم تمنعه من استخدام خدمة الحافلات العادية.

أقر أنا بموجب هذا المستند وأنا تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين بموجب قوانين ولاية واشنطن أن المعلومات الواردة في الجزء الخاص بالتحقق من مقدم الخدمة في هذا الطلب حقيقية وصحيحة.			
توقيع مقدم الخدمة المرخص	التخصص	التاريخ	/
الاسم مطبوعاً	المنظمة	الهاتف	الفاكس
العنوان	المدينة	الولاية/الرمز البريدي	/

المتقدم

شكرًا لك على توفير المعلومات التي تحتاج STA إليها لتحديد أهليتك للحصول على خدمة Paratransit. بعد قيام Spokane Transit بمراجعة نموذج الطلب المكتمل الخاص بك، سيتم إخطارك عند الحاجة إلى معلومات إضافية و/أو تقييم شخصي. ستقوم STA بتحديد الأهلية خلال 21 يومًا تقويميًا من تلقي كافة المعلومات المطلوبة، وسيتم إرسال إخطار مكتوب إليك.

إذا استغرق إنهاء تحديد الأهلية الخاصة بك أكثر من 21 يومًا، فسنقوم بإخطارك أنك مؤهل للحصول على خدمة Paratransit مؤقتًا حتى يتم تحديد الأهلية.

يرجى الاحتفاظ بكل الصفحات الثمانية لهذا الطلب معًا وإعادتها في الوقت نفسه. قم بطي هذا النموذج من المنتصف وإعادة إرساله إلى العنوان الموجود على الصفحة الأخيرة أو إرساله عبر الفاكس إلى الرقم 232-6786 (509).



**Paratransit Mobility Center
Spokane Transit – The Plaza
701 West Riverside Avenue
Spokane, WA 99201**

تضمن Spokane Transit عدم التمييز بالتوافق مع الباب السادس من Civil Rights Act (قانون الحقوق المدنية) لعام 1964، و Americans with Disabilities Act (قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة). لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة www.spokanetransit.com.

يمكن الوصول إلى جميع أرقام الهاتف بواسطة الأشخاص الذين يعانون من الصمم أو ضعف السمع عبر رقم ترحيل الاتصالات 711.

وعند الطلب، سيتم توفير تنسيقات بديلة من هذا المستند للأفراد ذوي الإعاقة. اتصل على الرقم 325-6094 (509) أو ارسل بريدًا إلكترونيًا إلى: ombudsman@spokanetransit.com.

يرجى الطي من المنتصف

Paratransit Mobility Center
Spokane Transit – The Plaza
701 West Riverside Avenue
Spokane, WA 99201

مطابق
معلومات الصحة
الطبيعية