



## Форма заявки на обслуживание Paratransit

**Благодарим за интерес к обслуживанию Paratransit Spokane Transit!**

Чтобы получить право на обслуживание Paratransit, необходимо пройти специальную процедуру, которая начинается с заполнения этой формы. Подробная информация приведена в брошюре о праве на обслуживание Paratransit, прилагаемой к данной форме, и на сайте [www.spokanetransit.com](http://www.spokanetransit.com).

Если у вас имеются какие-либо вопросы или вам необходима помощь с заполнением формы, мы с радостью поможем. Позвоните по номеру (509) 325-6052 или (509) 232-6303.

### ИНСТРУКЦИИ

Прежде чем отправлять форму заявки:

- Ознакомьтесь с брошюрой о праве на обслуживание Paratransit, прилагаемой к данной форме.
- Заполните страницы 1–5 настоящей формы. *Заполните поля разборчиво.*
- Кандидат или законный опекун либо уполномоченное лицо должны подписать форму на странице 4. **Подпись необходима для обработки заявки.**

➔ Если у вас есть законный опекун, он должен подписать заявку.

➔ Подписать заявку должен родитель или законный опекун несовершеннолетнего лица.

- Страницу 6 должен заполнить и подписать специалист в области физического или психического здоровья. (Список одобренных специалистов см. на странице 5.)

### ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВЛОЖЕНИЯ, КОТОРЫЕ ДОЛЖЕН ПРЕДОСТАВИТЬ ЗАКОННЫЙ ОПЕКУН ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОЕ ЛИЦО

- Предоставьте копии действительных уведомлений об опеке и документа с распоряжением о назначении опекуна, выданного в суде.
- Документы уполномоченного лица должны включать действительный документ, который дает право подписывать форму выписки из больницы от имени кандидата.

➔ Spokane Transit может потребовать письменный документ, подтверждающий действительность доверенности.

**Все восемь страниц заполненной формы необходимо вернуть одновременно.**

Ваша заявка на обслуживание считается заполненной после передачи всей необходимой информации STA и прохождения необходимых очных оценок состояния. Оценка состояния проводится бесплатно. Кроме того, при необходимости будет предоставлен транспорт.



Новая Повторная сертификация

Идентификатор: \_\_\_\_\_ Срок: \_\_\_\_\_

## ФОРМА ЗАЯВКИ НА ОБСЛУЖИВАНИЕ PARATRANSIT

РЕДАКЦИЯ ОТ ЯНВАРЯ 2017 г.

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Среднее имя \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_ Кв./помещ. № \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый код \_\_\_\_\_

Адрес, с которого вас будет забирать социальный транспорт Paratransit  
(если отличается от почтового адреса)

Адрес \_\_\_\_\_ Кв./помещ. № \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый код \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_  Мужчина  Женщина  
ММ/ЧЧ/ГГГГ

Домашний телефон (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Сотовый телефон (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Адрес эл. почты \_\_\_\_\_

Контакт для экстренных случаев \_\_\_\_\_ Степень родства \_\_\_\_\_

Домашний телефон (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Сотовый телефон (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Если мы не сможем с вами связаться, укажите дополнительный контакт

Имя \_\_\_\_\_ Степень родства \_\_\_\_\_

Домашний телефон (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Сотовый телефон (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Указывая контакт для экстренных случаев/дополнительный контакт, вы даете разрешение STA или ее представителям связываться с указанными лицами по вопросам обслуживания Paratransit.

Вы разговариваете на английском и понимаете его?  Да  Нет (укажите внизу другой язык)

Имя кандидата \_\_\_\_\_

1. В чем проявляется ваша инвалидность или физическое ограничение? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Изменяются ли периодически ваши ограничения вследствие медицинских процедур, приема препаратов или по другим причинам?  Да  Нет

Если да, объясните: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Вы нуждаетесь в обслуживании Paratransit на время или на длительный срок?

На длительный срок  На время — на какое? \_\_\_\_\_

4. Наблюдается ли у вас нарушение памяти вследствие инвалидности или физического ограничения?  Да  Нет

Если да:  Кратковременная память  Долговременная память

5. Ездите ли вы сейчас на обычном автобусе?  Да  Нет

Вы когда-либо ездили на обычном автобусе без сторонней помощи?

Да  Нет Если да, как давно это было? \_\_\_\_\_

6. Можете ли вы самостоятельно:

	Да	Нет	Иногда
ходить на автобусную остановку и обратно?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
садится на оборудованный пандусом автобус и высаживаться с него?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
спрашивать дорогу, понимать указания и/или следовать им?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
планировать, понимать и выполнять действия, необходимые для совершения поездки на автобусе?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если вы ответили на вопрос 6 «нет» или «иногда», объясните причину. (При необходимости используйте дополнительные строки на странице 8.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Имя кандидата \_\_\_\_\_

7. Какие из следующих вспомогательных средств передвижения вы используете, выходя из дома? Выберите все подходящие варианты и укажите в процентах время, в течение которого вы пользуетесь средством (например: опорная трость — 90 %, без вспомогательных средств — 10 %).

Без вспомогательных средств _____%	Кресло-коляска с электроприводом _____%
Трость для слепых _____%	Электроскутер _____%
Опорная трость _____%	Кресло-коляска с ручным приводом _____%
Костыли _____%	Другое (укажите) _____%
Ходунки _____%	_____

8. Если вы выбрали более одного вспомогательного средства, опишите обстоятельства, при которых пользуетесь каждым из них. \_\_\_\_\_

*Если вы пользуетесь скутером или креслом-коляской, перейдите к вопросу 10.*

9. Когда вы **ходите** вне дома, какое расстояние вы можете пройти самостоятельно или с помощью вспомогательного средства передвижения, например трости или ходунков? Количество кварталов \_\_\_\_\_  Менее 1 квартала  Нет возможности перемещаться на какое-либо расстояние
10. Если вы пользуетесь **креслом-коляской с ручным приводом**, какое расстояние вы можете преодолеть? Количество кварталов \_\_\_\_\_  Менее 1 квартала  Нет возможности самостоятельно перемещаться
11. Если вы пользуетесь **креслом-коляской с электроприводом или электроскутером**, какое расстояние вы можете преодолеть без сторонней помощи? Количество кварталов \_\_\_\_\_  Менее 1 квартала  Нет возможности перемещаться на какое-либо расстояние
12. Если вы имеете право на обслуживание Paratransit, нужно ли вам:
- |                                       | Да                       | Нет                      | Иногда                   |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| пользоваться подъемником для посадки? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| иметь с собой сопровождающего?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
13. Что еще вы можете сообщить о своей инвалидности/физическом ограничении, что поможет нам лучше понять ваши возможности и ограничения при перемещении? (При необходимости используйте дополнительные строки на странице 8.)

---

---

---

---

Имя кандидата \_\_\_\_\_

**ПОЛЕЗНАЯ ИНФОРМАЦИЯ...** Spokane Transit предлагает бесплатное обучение езде на обычном автобусе. *Прохождение обучения не является основанием для отказа в праве на обслуживание Paratransit или ограничения его уровня.*

Интересно?  Да — В ближайшее время с вами свяжется тренер STA по вопросам подвижности.  
 Нет (объясните) \_\_\_\_\_

---

**Согласие и разрешение на передачу информации  
лица, подающего заявку на обслуживание Paratransit**

Подписывая эту заявку, вы разрешаете передачу Spokane Transit или ее представителям информации, необходимой для проверки вашего права на обслуживание Paratransit. Обратите внимание: Spokane Transit будет использовать ваши заявления, чтобы определить, имеете ли вы право на обслуживание Paratransit, в соответствии с законом. Эти заявления важны для принятия решения Spokane Transit и могут влиять на дальнейшие действия.

Spokane Transit может передать документы, касающиеся вашего права на обслуживание, другим транспортным компаниям, чтобы упростить поездки в Спокане и других транспортных округах.

Используемые Spokane Transit документы, касающиеся вашего права на обслуживание Paratransit, за исключением информации, предоставленной вашим лечащим врачом, могут быть раскрыты в ответ на запрос публичной информации в соответствии с главой 42.56 Revised Code of Washington (RCW, Свод законов штата Вашингтон с поправками). Spokane Transit постарается уведомить вас, если поступит запрос на документы, касающиеся вашего права на обслуживание.

Эту форму должен подписать кандидат, или, если применимо, его законный опекун либо уполномоченное лицо. Если кандидат младше 18 лет, форму должен подписать родитель или законный опекун. Если заявка подписана законным опекуном или уполномоченным лицом, прикрепите действительный документ, подтверждающий право подписи.

**Настоящим удостоверяю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законами штата Вашингтон, что информация, предоставленная в этой заявке, является достоверной и точной.**

Подпись (обязательно)

Кандидат

Законный опекун

Дата

Уполномоченное лицо

Имя печатными буквами

Контактный номер

Имя кандидата \_\_\_\_\_

**Если эту заявку заполнило лицо, отличное от кандидата, заполните следующие поля (печатными буквами).**

Имя \_\_\_\_\_ Номер домашнего телефона \_\_\_\_\_

Степень родства с кандидатом \_\_\_\_\_ Организация \_\_\_\_\_

---

**Примечание.** Лицензированный специалист в области физического или психического здоровья, который знает вас и осведомлен о вашей инвалидности/ограничении, должен ответить на вопросы на странице 6 настоящей формы. Одобреными могут быть только следующие специалисты.

**Мой одобренный специалист** (поставьте отметку в соответствующем поле внизу):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Специалист в области физического здоровья (MD или DO)                         | <input type="checkbox"/> Лицензированный специалист в области психического здоровья  |
| <input type="checkbox"/> Оптометрист или офтальмолог   | <input type="checkbox"/> Физиотерапевт или эрготерапевт  |
| <input type="checkbox"/> Психолог (Ph.D.)  | <input type="checkbox"/> Координатор минимального набора данных (только из квалифицированного учреждения сестринского ухода) |
| <input type="checkbox"/> Помощник врача или дипломированная практикующая медсестра высшей квалификации | <input type="checkbox"/> Сертифицированный специалист по пространственной ориентировке                                       |

Если вам сообщили, что за получение подтверждения от специалиста в области физического или психического здоровья взимается плата, позвоните по номеру (509) 325-6052. Spokane Transit поможет найти другую службу, которая не взимает платы за эту услугу.

---

**Попросите одобренного лицензированного специалиста заполнить страницу 6 настоящей формы заявки Paratransit.**



Имя кандидата \_\_\_\_\_

### ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЛИЦЕНЗИРОВАННЫМ СПЕЦИАЛИСТОМ

Благодарим, что заполнили заявку. Spokane Transit использует эту информацию, чтобы определить, имеет ли лицо право на обслуживание Paratransit в соответствии с Americans with Disabilities Act (ADA, Закон США «О защите прав граждан США с инвалидностью»). Paratransit — это финансируемая за счет местных налогов служба для лиц, которые по причине инвалидности/физических ограничений не могут ездить в обычном, оборудованном пандусом автобусе STA. **Возраст, удобство, страх падения, неспособность управлять автомобилем или носить сумки не являются факторами, дающими право на обслуживание Paratransit.** Если у вас возникли вопросы, позвоните по номеру (509) 325-6052.

Проверьте информацию, указанную кандидатом в настоящей форме. Исходя из ваших знаний о состоянии кандидата, является ли информация точной?  Да  Нет  Частично

Если вы отметите «Нет» или «Частично», объясните: \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ/ ИНВАЛИДНОСТЬ (не симптомы)	ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ (нужное обвести)			ДАТА НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ (если известно)
_____	легкая	средняя	тяжелая	_____
_____	легкая	средняя	тяжелая	_____
_____	легкая	средняя	тяжелая	_____
_____	легкая	средняя	тяжелая	_____
_____	легкая	средняя	тяжелая	_____

Является ли потребность кандидата в обслуживании Paratransit временной?  Да, до \_\_\_\_\_  Нет

Есть ли у кандидата состояние, которое должно улучшиться (например, замена коленного сустава или недавно перенесенный инсульт), когда вы ожидаете стабилизацию состояния? \_\_\_\_\_

Являются ли какие-либо из этих состояний эпизодическими или изменчивыми по степени тяжести?

Да — опишите подробнее ниже  Нет

Предоставьте любую дополнительную информацию, которая, по вашему мнению, может объяснить, почему последствия инвалидности/физических ограничений кандидата препятствуют ему пользоваться обычным автобусом.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

НАСТОЯЩИМ УДОСТОВЕРЯЮ под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законами штата Вашингтон, что информация в части формы «Подтверждение специалистом» является достоверной и точной.

Подпись лицензированного специалиста \_\_\_\_\_

Специальность \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Имя печатными буквами \_\_\_\_\_

Организация \_\_\_\_\_

Номер телефона \_\_\_\_\_

Факс \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_

Штат/почтовый код \_\_\_\_\_



## КАНДИДАТ

Благодарим вас за предоставление информации, необходимой STA, чтобы определить, имеете ли вы право на обслуживание Paratransit. После того как Spokane Transit проверит заполненную заявку, вам будет отправлено уведомление, если потребуется дополнительная информация или очная оценка состояния. STA определит, имеете ли вы право на обслуживание, в течение 21 календарного дня с момента получения всей необходимой информации, после чего вам придет письменное уведомление.

Если для окончательного принятия решения потребуется больше 21 дня, мы отправим вам уведомление о предоставлении временного права на обслуживание Paratransit.

Храните все 8 страниц этой заявки вместе и отправьте их одновременно.  
**Сложите форму вдвое и отправьте ее по адресу, указанному на последней странице, или на номер факса (509) 232-6786.**



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

Spokane Transit гарантирует отсутствие дискриминации в соответствии со статьей VI Civil Rights Act (Закон о гражданских правах) от 1964 г. и Americans with Disabilities Act (Закон о защите прав граждан США с инвалидностью). Подробная информация приведена на сайте [www.spokanetransit.com](http://www.spokanetransit.com).

Люди, страдающие нарушением слуха, могут звонить по любому номеру телефона через службу ретрансляции 711.

По запросу мы выпустим этот документ в других форматах для людей с инвалидностью.  
Позвоните по номеру (509) 325-6094 или напишите по адресу [ombudsman@spokanetransit.com](mailto:ombudsman@spokanetransit.com).

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

6. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Другое:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Сложить вдвое**

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

Место  
для почтовой  
марки США