

الأمريكيون من ذوو الهمم في ولاية ماساتشوستس  
نموذج طلب الاشتراك في خدمة النقل العام

يُرجى العلم بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب ستُعتبر سرية، ولن يتم مشاركتها إلا للمختصين في تقديم خدمات النقل العام لذوي الهمم، وذلك حسب الحاجة فقط.

سيتم قبول هذا الطلب في هيئات النقل الإقليمية المذكورة في الملحق أ

أ. المعلومات الشخصية			
اسم العائلة:		الاسم الأول:	
تاريخ الميلاد:		الاسم المفضل:	
ب. محل الإقامة الحالي			
عنوان الشارع (بما في ذلك معلومات حول رقم المبنى أو الشقة أو رقم الغرفة):			
المدينة:		الولاية:	الرمز البريدي:
هل محل الإقامة هذا هو:			
منزل عائلي مستقل	مبنى سكني متعدد الوحدات والعائلات		
مجمع سكني أو شقق سكنية	الاسم:		
مرفق رعاية المسنين أو المسكن المأمّن	الاسم:		
كلية أو جامعة	الاسم:		
أخرى:			
هل هذا محل إقامة مؤقت: نعم لا			
ج. العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا عن مكان الإقامة)			
عنوان الشارع (بما في ذلك معلومات حول رقم المبنى أو الشقة أو رقم الغرفة):			
_____ (ضع علامة هنا إذا كان هو نفسه المذكور أعلاه)			
المدينة:		الولاية:	الرمز البريدي:
د. معلومات الاتصال			
رقم الهاتف الرئيسي:		رقم الهاتف البديل:	
عنوان البريد الإلكتروني (اختياري):			
وسيلة الاتصال المفضلة:			
الهاتف	البريد الإلكتروني	البريد	الرسائل النصية (في حال توفرها لدى هيئة النقل الإقليمية)
اللغة المفضلة:			
ه. جهة الاتصال في حالات الطوارئ			
اسم العائلة:		الاسم الأول:	
العلاقة:		الوكالة (إن وجدت):	
رقم الهاتف الرئيسي:		رقم الهاتف البديل:	

و. إذا ساعدك أحد في ملء هذا النموذج، فيُرجى إدخال المعلومات التالية:				
اسم العائلة:		الاسم الأول:		
العلاقة:		الوكالة (إن وجدت):		
رقم الهاتف الرئيسي:		رقم الهاتف البديل:		
هل يُمكننا التواصل مع هذا الشخص لطرح استفسارات تتعلق بطلبك؟ نعم لا				
ز. معلومات عامة عن إعاقتك:				
يُرجى تحديد ما إذا كنتم بحاجة إلى معلومات حول خدمات قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA) بالصيغ التالية التي يمكن الوصول إليها:				
طباعة بخط كبير	نسخة صوتية	خط برايل	البريد الإلكتروني	أخرى:
هل أنت معتمد للحصول على خدمات النقل العام المخصص للأشخاص من ذوي الإعاقة من قبل مزود خدمة آخر أو وكالة نقل: نعم لا				
إذا كانت الإجابة نعم:		اسم مزود الخدمة:		الولاية:
يُرجى ذكر التشخيصات التي تمنعك من استخدام خدمة الحافلات ذات المسار الثابت:				
.				
.				
.				
.				
وضح كيف يمنعك تشخيصك من استخدام خدمة الحافلات ذات المسار الثابت بشكل مستقل:				
هل الإعاقة أو الحالة الصحية التي تصفها:				
دائمة		في حال كانت الإعاقة دائمة، هل من المتوقع أن تتغير قدرتك على الحركة نعم لا		
مؤقتة		إذا كان الأمر مؤقتًا، فكم من الوقت من المتوقع أن يستمر:		
غير متأكد				
هل تتغير حالتك الصحية أو إعاقتك من يوم لآخر بطريقة تؤثر على قدرتك على استخدام خدمة الحافلات ذات المسار الثابت؟ نعم لا أحيانًا				
إذا كانت الإجابة "نعم" أو "أحيانًا"، فيُرجى التوضيح:				
هل هناك أوقات يرافقك فيها شخص ما أثناء التنقل؟ نعم لا أحيانًا				

هل تستخدم أيًا من الأجهزة التالية عند التنقل؟		
كرسي متحرك يدوي*	كرسي متحرك كهربائي*	اسكوتر (دراجة هوائية كهربائية)
مشاية	عصا	عصا بيضاء طويلة
أكسجين	جهاز اتصال	عكازات
حيوانات مساعدة	جهاز تنفس	أخرى:
<p>*يشير مصطلح الكرسي المتحرك إلى أي جهاز بثلاث عجلات أو أكثر صالح للاستخدام في الأماكن المغلقة. سنتمكن من توفير كرسي متحرك إذا (١) كان المصعد والمركبة قادرين على استيعابه فعليًا، و(٢) كان متوافقًا مع متطلبات السلامة القانونية. تشمل متطلبات السلامة القانونية، على سبيل المثال لا الحصر، حالات مثل استخدام كرسي متحرك بحجم كبير يعيق الممر أو يعيق الإخلاء الآمن للركاب في حالات الطوارئ، أو كونه ثقيلًا للغاية مقارنة بسعة المركبة.</p>		
<p>ح. تجربة استخدام خدمة الحافلات ذات المسار الثابت</p> <p>هل سبق لك ركوب حافلة ذات مسار ثابت؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>كم مرة تستخدمها، وإلى أي وجهات؟</p> <p>إذا لم تكن تستخدمها حاليًا، فما السبب؟</p>		
<p>بعض مزودي الخدمة يقومون بتوفير دورات تدريبية مجانية لتعليم الناس كيفية استخدام الحافلات ذات المسار الثابت. هل تود معرفة مزيد من المعلومات عن هذه الخدمة إن كانت متاحة في منطقتك؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p>		
<p>١. القدرة الوظيفية</p> <p>هل يمكنك العثور على طريقك إلى محطة حافلات عامة إذا أرشدك أحدهم إليها مرة واحدة؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أحيانًا <input type="checkbox"/></p> <p>ما مدى المسافة التي تستطيعون المشي فيها بأمان (مع استخدام أدوات مساعدة على الحركة إن لزم الأمر)؟</p> <p>_____ قدم _____ متر</p> <p>هل يمكنك صعود/نزول منحدر مدرج بصورة خفيفة؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أحيانًا <input type="checkbox"/></p> <p>هل يمكنك رؤية/اكتشاف الحواجز والمنحدرات وغيرها من مناطق ركوب الركاب؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أحيانًا <input type="checkbox"/></p> <p>كم من الوقت يمكنك الوقوف والانتظار في محطة حافلات ذات مسار ثابت؟</p> <p>_____ دقائق</p> <p>هل يمكنك التعرف على محطات الحافلات وطلب التوقف عندها؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أحيانًا <input type="checkbox"/></p> <p>هل يمكنك صعود حافلة ذات مسار ثابت ونزول منها بسهولة؟ جميع مركبات هيئة النقل الإقليمية (RTA) مزودة برفعات أو منحدرات أو نظام خفض مستوى الأرضية لتسهيل ركوب ذوي الاحتياجات الخاصة.</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أحيانًا <input type="checkbox"/></p> <p>في حال كانت الإجابة "لا" أو "أحيانًا"، يُرجى توضيح السبب:</p>		
<p>هل تستطيع طلب تعليمات الوصول إلى الوجهة وفهمها واتباعها؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أحيانًا <input type="checkbox"/></p> <p>في حال كانت الإجابة "لا" أو "أحيانًا"، يُرجى توضيح السبب:</p>		

## و. المعوقات

ما هي المعوقات البيئية التي تجعل من الصعب عليك استخدام خدمة الحافلات ذات المسار الثابت؟

عدم وجود منحدرات الرصيف/منحدرات للمشاة	منحدرات شديدة الانحدار	عدم وجود أرصفة
شارع مزدحم يجب عبوره	عدم وجود إشارة ضوئية/صوتية لعبور المشاة	سوء حالة الأرصفة
وجود ثلج/جليد على الأرض	أخرى (اذكرها):	
اشرح لماذا الظروف التي أشرت إليها تجعل الأمر صعبًا:		

## ك. إقرار مقدم الطلب

بالتوقيع أدناه، فإنك تقر بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة حسب علمك.

توقيع مقدم الطلب:	التاريخ:
إذا كان مقدم الطلب غير قادر على التوقيع باسمه، فيجب على الوصي القانوني التوقيع نيابةً عنه:	
توقيع الوصي القانوني:	التاريخ:

## تفويض إفشاء المعلومات الطبية

لكي تتمكن هيئة النقل الإقليمية (RTA) من تقييم طلبك، ستحتاج إلى التواصل مع أخصائي طبي/سريري لتأكيد المعلومات التي قدمتها. يُرجى إكمال المعلومات التالية ونموذج التفويض.

الأخصائي الطبي المرخص المذكور أدناه على دراية بحالة إعاقتي، وهو مخوّل بإمداد هيئة النقل الإقليمية (RTA) بجميع المعلومات اللازمة لإتمام هذا التصديق.

معلومات الأخصائي المرخص		
الاسم:		الوكالة/المؤسسة:
العنوان البريدي:		
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي
الشهادة المهنية:		
طبيب	ممرض ممارس	مساعد طبيب
طبيب نفسي	أخصائي اجتماعي مرخص	طبيب أعصاب
معالج مهني	معالج طبيعي	مساعد طبيب
أخرى:		
أخوّل الأخصائي المذكور أعلاه بإفشاء أي معلومات ضرورية لتحديد أهلية خدمات النقل العام لذوي الاحتياجات الخاصة إلى: (أدخل اسم هيئة النقل الإقليمية)		
توقيع مقدم الطلب:		التاريخ:
الاسم بالكامل:		

## طلب التحقق من المعلومات المهنية

أفاد المريض بأنك قادر على تقديم معلومات حول إعاقته وتأثيرها على قدرته على استخدام خدمات النقل العام. تقتضي القوانين الفيدرالية أن توفر سلطات النقل الإقليمية خدمات النقل لذوي الاحتياجات الخاصة الذين لا يستطيعون استخدام خدمات الحافلات ذات المسارات الثابتة المتاحة. (خدمات المسارات الثابتة هي خدمات نقل تعمل فيها المركبات على مسارات منتظمة ومجدولة مع محطات توقف ثابتة. على سبيل المثال، فإن حافلة المدينة التابعة للنقل العام التي تسير على طريق ثابت هي جزء من نظام المسارات الثابتة.) يُرجى العلم بأن أي حالة تجعل التنقل إلى أو من محطات ركوب/نزول الركاب أو استخدام نظام المسارات الثابتة أكثر صعوبة أو أقل راحة، لا تُعتبر سبباً مؤهلاً للاستفادة من خدمات النقل المخصص لذوي الاحتياجات الخاصة. ستساعدنا المعلومات التي تقدمها في تقييم طلبكم ومدى ملاءمته لخدمات النقل الخاصة.

اسم مقدم الطلب/المريض: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

معلومات عن القدرات الوظيفية لمقدم الطلب	
التشخيص الطبي/السريري للحالة المسببة للإعاقة:	
اشرح كيف يمكن أن تمنع حالة الإعاقة أو المشكلة الصحية لمقدم الطلب من استخدام خدمة الحافلات ذات المسار الثابت بشكل مستقل:	
هل الإعاقة أو الحالة الصحية:	
دائم	إذا كانت دائمة، فهل من المتوقع أن تتغير؟
مؤقت	من المتوقع أن تستمر:
غير متأكد	
هل تتغير الحالة الصحية أو الإعاقة من يوم لآخر بطريقة تؤثر على قدرته على استخدام خدمة الحافلات العامة؟	نعم لا أحياناً
إذا كانت الإجابة "نعم" أو "أحياناً"، فيُرجى توضيح ذلك (على سبيل المثال: درجات الحرارة القصوى، الآثار الجانبية للأدوية، وما شابه):	
هل يحتاج مقدم الطلب إلى مرافق رعاية شخصية لإنجاز مهامه اليومية؟	
نعم	لا أحياناً
أقر بأنني قد أكملت الأسئلة الواردة في نموذج التحقق المهني هذا وأن المعلومات المقدمة صحيحة حسب علمي.	
توقيع مقدم الرعاية الصحية:	
الاسم بالكامل:	التاريخ:
رقم الترخيص	تاريخ انتهاء الصلاحية: