

الأمريكيون من ذوي 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		
الاسم الأول:	اسم العائلة:	
الاسم المفضل:	تاريخ الميلاد:	
ب. محل الإقامة الحالي		
عنوان الشارع (بما في ذلك معلومات حول رقم المبنى أو الشقة أو رقم الغرفة):		
الرمز البريدي:	الولاية:	المدينة:
هل محل الإقامة هذا هو:		
مبني سكني متعدد الوحدات والعائلات	منزل عائلي مستقل	
الاسم:	مجمع سكني أو شقق سكنية	
الاسم:	مرفق رعاية المسنين أو المسكن المأمون	
الاسم:	كلية أو جامعة	
آخر:		
هل هذا محل إقامة مؤقت:		
لا	نعم	
ج. العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً 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)		
الرمز البريدي:	الولاية:	المدينة:
د. معلومات الاتصال		
رقم الهاتف البديل:	رقم الهاتف الرئيسي:	
عنوان البريد الإلكتروني (اختياري):		
وسيلة الاتصال المفضلة:		
الرسائل النصية (في حال توفرها لدى هيئة النقل الإقليمية)	البريد	البريد الإلكتروني
الهاتف		
اللغة المفضلة:		
ه. جهة الاتصال في حالات الطوارئ		
الاسم الأول:	اسم العائلة:	
الوكالة (إن وجدت):	العلاقة:	
رقم الهاتف البديل:	رقم الهاتف الرئيسي:	

و. إذا ساعدك أحد في ملء هذا النموذج، فيرجى إدخال المعلومات التالية:

الاسم الأول:	اسم العائلة:
الوكالة (إن وجدت):	العلاقة:
رقم الهاتف البديل:	رقم الهاتف الرئيسي:

هل يمكننا التواصل مع هذا الشخص لطرح استفسارات تتعلق بطلبك؟
نعم لا

ز. معلومات عامة عن إعاقتك:

يرجى تحديد ما إذا كنت بحاجة إلى معلومات حول خدمات قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA) بالصيغة 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:		

يرجى 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:

نعم لا	في حال كانت الإعاقة دائمة، هل من المتوقع أن تتغير قدرتك على الحركة دائمًا
	إذا كان الأمر مؤقتاً، فكم من الوقت من المتوقع أن يستمر مؤقتة
	غير متأكد

هل تتغير حالتك الصحية أو إعاقتك من يوم لآخر بطريقة تؤثر على قدرتك على استخدام خدمة الحافلات ذات المسار الثابت؟
أحياناً لا نعم

إذا كانت الإجابة "نعم" أو "أحياناً"، فيرجى التوضيح:

هل هناك أوقات يرافقك فيها شخص ما أثناء التنقل؟
أحياناً لا نعم

هل تستخدم أيّاً من الأجهزة التالية عند التنقل؟

اسكوتر (درجة هوائية كهربائية)	كرسي متحرك كهربائي*	كرسي متحرك يدوبي*
عصا بيضاء طويلة	عصا	مشابية
عكازات	جهاز اتصال	أكسجين
أخرى:	جهاز تنفس	حيوانات مساعدة

*يشير مصطلح الكرسي المتحرك إلى أي جهاز بثلاث عجلات أو أكثر صالح للاستخدام في الأماكن المغلقة. سنتمكّن من توفير كرسي متحرك إذا (١) كان المصعد والمركبة قادران على استيعابه فعلياً، و(٢) كان متوفقاً 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 ثقيلاً للغاية مقارنة بسعة المركبة.

ح. تجربة استخدام خدمة الحافلات ذات المسار الثابت

هل سبق لك ركوب حافلة ذات مسار ثابت؟

نعم مرّة تستخدمها، وإلى أي وجهات؟

إذا لم تكن تستخدمها حالياً، فما السبب؟

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؟

لا

نعم

ا. القدرة الوظيفية

هل يمكنك العثور على طريقك إلى محطة حافلات عامة إذا أرشدك أحدهم إليها مرة واحدة؟

نعم لا أحياناً

ما مدى المسافة التي تستطيعون المشي فيها بأمان (مع استخدام أدوات مساعدة على الحركة إن لزم الأمر)؟

قدم متراً

هل يمكنك صعود/نزول منحدر مدرج بصورة خفيفة؟

أحياناً لا نعم لا أحياناً

هل يمكنك رؤية/اكتشاف الحواجز والمنحدرات وغيرها من مناطق ركوب الركاب؟

نعم لا دقيق

كم من الوقت يمكنك الوقوف والانتظار في محطة حافلات ذات مسار ثابت؟

أحياناً

هل يمكنك التعرف على محطات الحافلات وطلب التوقف عندها؟

نعم لا أحياناً

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.

نعم لا أحياناً

في حال كانت الإجابة "لا" أو "أحياناً"، يُرجى توضيح السبب:

هل تستطيع طلب تعليمات الوصول إلى الوجهة وفهمها واتباعها؟

في حال كانت الإجابة "لا" أو "أحياناً"، يُرجى توضيح السبب:

و. المعوقات

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

عدم وجود أرصفة	منحدرات شديدة الانحدار	عدم وجود منحدرات الرصيف/منحدرات للمشاة
سوء حالة الأرصفة	عدم وجود إشارة ضوئية/صوتية لعبور المشاة	شارع مزدحم يجب عبوره
أخرى (اذكرها):		وجود ثلج/جليد على الأرض
ashraf لم اذا الظروف التي اشرت إليها تجعل الأمر صعبا:		

ك. إقرار مقدم الطلب

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

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

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 مخول 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
آخر:		
أُخوّل 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 ت 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.) يرجى 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

التخديص 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:

نعم	إذا كانت دائمة، فهل من المتوقع أن تتغير؟	دائم
	من المتوقع أن تستمر:	مؤقت

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"، فيرجى 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:

تاریخ انتهاء الصلاحیة:

رقم الترخيص