

**Mẫu Đơn Đăng ký Dịch vụ Vận chuyển cho
Người khuyết tật tại Massachusetts**

Xin lưu ý rằng mọi thông tin cung cấp trong đơn này sẽ được giữ bí mật và chỉ được chia sẻ với các chuyên gia tham gia cung cấp dịch vụ vận tải đặc biệt khi cần thiết.

**ĐƠN NÀY SẼ ĐƯỢC CHẤP NHẬN TẠI CÁC CƠ QUAN VẬN TẢI KHU VỰC LIỆT KÊ TRONG
PHỤ LỤC A**

A. Thông Tin Cá Nhân			
Họ:		Tên:	
Ngày sinh:		Tên thường dùng:	
B. Nơi Cư trú hiện tại			
Địa chỉ (bao gồm thông tin tòa nhà, căn hộ hoặc số phòng):			
Thành phố:		Bang:	Mã bưu điện:
Nơi cư trú này là:			
☐	Nhà riêng một gia đình		☐ Nhà nhiều gia đình
☐	Khu căn hộ hoặc chung cư		Tên:
☐	Cơ sở chăm sóc dưỡng lão hoặc hỗ trợ sinh hoạt		Tên:
☐	Trường cao đẳng hoặc đại học		Tên:
Khác:			
Đây có phải là nơi cư trú tạm thời không:		Có	Không
C. Địa chỉ nhận thư (nếu khác với nơi cư trú)			
Địa chỉ (bao gồm thông tin tòa nhà, căn hộ hoặc số phòng): ____ (đánh dấu nếu giống như trên)			
Thành phố:		Bang:	Mã bưu điện:
D. Thông tin Liên hệ			
Số điện thoại chính:		Số điện thoại phụ:	
Địa chỉ email (không bắt buộc):			
Phương thức liên lạc ưa thích:			
☐ Điện thoại	☐ Email	☐ Thư	☐ Tin nhắn (nếu có tại RTA)
Ngôn ngữ ưa dùng:			
E. Liên hệ Khẩn cấp			
Họ:		Tên:	
Mối quan hệ:		Cơ quan (nếu có):	
Số điện thoại chính:		Số điện thoại phụ:	

F. Nếu ai đó đã giúp bạn hoàn thành mẫu đơn này, vui lòng cung cấp các thông tin sau

Họ:	Tên:			
Mối quan hệ:	Cơ quan (nếu có):			
Số điện thoại chính:	Số điện thoại phụ:			
Chúng tôi có thể liên hệ với người này để hỏi về đơn của bạn không? Có Không				
G. Thông tin chung về khuyết tật của bạn:				
Vui lòng đánh dấu nếu bạn cần thông tin dịch vụ ADA theo các định dạng tiếp cận sau:				
Chữ cỡ lớn	Âm thanh	Braille	Email	Khác:
Bạn có được chứng nhận sử dụng dịch vụ Vận tải Đặc biệt ADA bởi nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ quan vận tải khác không? Có Không				
Nếu có:	Tên nhà cung cấp dịch vụ:			Bang:
Vui lòng liệt kê các chẩn đoán y tế khiến bạn không thể sử dụng dịch vụ xe buýt tuyến cố định: _____. _____. _____. _____.				
Hãy giải thích rõ tại sao các chẩn đoán đó lại khiến bạn không thể sử dụng dịch vụ xe buýt tuyến cố định một cách độc lập:				
Tình trạng khuyết tật hoặc bệnh lý mà bạn mô tả là:				
Vĩnh viễn	Nếu vĩnh viễn, liệu có triển vọng thay đổi được không? Có Không			
Tạm thời	Nếu tạm thời, dự kiến kéo dài bao lâu:			
Không chắc chắn				
Tình trạng sức khỏe hoặc khuyết tật của bạn có thay đổi từng ngày theo xu hướng ảnh hưởng đến khả năng sử dụng dịch vụ xe buýt tuyến cố định không? Có Không Thỉnh thoảng				
Nếu chọn “Có” hoặc “Thỉnh thoảng”, vui lòng giải thích:				
Có khi nào bạn đi cùng người khác khi di chuyển không? Có Không Thỉnh thoảng				

Bạn có sử dụng bất kỳ thiết bị nào sau đây khi di chuyển không?		
Xe lăn tay*	Xe lăn điện*	Xe scooter*
Khung tập đi	Gậy	Gậy trắng dài
Oxy	Thiết bị giao tiếp	Nặng
Thú phục vụ	Máy thở	Khác:
*Thuật ngữ “xe lăn” đề cập đến bất kỳ thiết bị có ba bánh trở lên có thể sử dụng trong nhà. Chúng tôi có thể hỗ trợ xe lăn nếu (1) thang nâng và phương tiện có thể chứa được xe về mặt vật lý và (2) phù hợp với các yêu cầu an toàn hợp pháp. Các yêu cầu an toàn hợp pháp bao gồm nhưng không giới hạn ở các trường hợp như xe lăn có kích thước chặn lối đi hoặc cản trở việc sơ tán hành khách an toàn trong trường hợp khẩn cấp, và/hoặc vượt quá trọng lượng quy định khi sử dụng theo thông số kỹ thuật của phương tiện.		
H. Kinh nghiệm Sử dụng Dịch vụ Xe buýt Tuyến cố định		
Bạn đã từng đi xe buýt tuyến cố định chưa?		
Có	Bao lâu bạn đi một lần và đến những địa điểm nào?	
	Nếu hiện tại không đi, lý do là gì?	
Một số nhà cung cấp có chương trình Huấn luyện Du lịch (Travel Training), là dịch vụ miễn phí dạy cách sử dụng xe buýt tuyến cố định. Nếu chương trình này có sẵn tại khu vực của bạn, bạn có muốn nhận thêm thông tin không? Có Không		
I. Khả năng thực tế		
Bạn có thể tìm đường đến trạm xe buýt công cộng nếu ai đó chỉ cho bạn một lần không? Có Không Thỉnh thoảng		
Bạn có thể đi bộ an toàn bao xa (sử dụng thiết bị hỗ trợ di chuyển nếu cần)? _____ Tính theo Feet _____ Tính theo dặm nhà		
Bạn có thể đi lên/xuống một con dốc thoải thoải không? Có Không Thỉnh thoảng		
Bạn có thể nhìn/thấy được lề đường, dốc, và các khu vực cao/thấp khác không? Có Không Thỉnh thoảng		
Bạn có thể đứng và chờ tại trạm xe buýt tuyến cố định trong bao lâu? _____ Tính theo Phút		
Bạn có thể nhận biết và yêu cầu dừng khi đang trên xe buýt không? Có Không Thỉnh thoảng		
Bạn có thể tự mình lên và xuống xe buýt tuyến cố định không? Tất cả các phương tiện của RTA đều có thang nâng, dốc, hoặc khả năng hạ gầm và đều tiếp cận được. Có Không Thỉnh thoảng		
Nếu chọn “Không” hoặc “Thỉnh thoảng”, vui lòng giải thích:		
Bạn có thể yêu cầu, hiểu và làm theo các hướng dẫn khi di chuyển không? Có Không Thỉnh thoảng		
Nếu chọn “Không” hoặc “Thỉnh thoảng”, vui lòng giải thích:		

J. Rào Cản		
Những rào cản nào về mặt môi trường khiến bạn khó sử dụng dịch vụ xe buýt tuyến cố định?		
Thiếu đường cắt lề/dốc	Đồi dốc	Không có vỉa hè
Đường đông tòi phải băng qua	Không có đèn tín hiệu/âm thanh qua đường	Tình trạng vỉa hè không tốt
Tuyết/Băng trên mặt đất	Khác (mô tả):	
Giải thích tại sao những điều kiện bạn liệt kê ở trên khiến việc sử dụng xe buýt trở nên khó khăn:		
K. Xác nhận của Người nộp đơn		
Bằng cách ký tên dưới đây, bạn xác nhận rằng thông tin cung cấp trong đơn này là chính xác theo hiểu biết tối đa của bạn.		
Chữ ký người nộp đơn:		Ngày:
Nếu người nộp đơn không thể ký tên, người giám hộ hợp pháp phải ký thay:		
Chữ ký người giám hộ hợp pháp:		Ngày:

Ủy quyền Công bố Thông tin Y tế

Để RTA đánh giá yêu cầu của bạn, họ sẽ cần liên hệ với một chuyên gia y tế/lâm sàng để xác nhận thông tin bạn đã cung cấp. Vui lòng điền thông tin sau và mẫu ủy quyền.

Chuyên gia Y tế có Giấy phép sau đây quen thuộc với tình trạng khuyết tật của tôi và được ủy quyền cung cấp cho RTA tất cả thông tin cần thiết để hoàn tất chứng nhận này.

Thông tin Chuyên gia có Giấy phép		
Họ và Tên:		Cơ quan/ Phòng khám:
Địa chỉ nhận thư:		
Thành phố:	Bang:	Mã bưu điện
Chứng nhận chuyên môn:		
Bác sĩ	Y tá thực hành	Trợ lý bác sĩ
Bác sĩ tâm thần	Nhân viên xã hội được cấp phép	Bác sĩ thần kinh
Chuyên gia trị liệu nghề nghiệp	Chuyên gia vật lý trị liệu	Trợ lý bác sĩ
Khác:		
Tôi ủy quyền cho chuyên gia nêu trên cung cấp bất kỳ thông tin cần thiết nào để xác định tư cách sử dụng dịch vụ Vận chuyển Đặc biệt (Paratransit) cho: (Nhập tên RTA)		
Chữ ký người nộp đơn:		Ngày:
Họ và Tên (in chữ):		

YÊU CẦU XÁC NHẬN TỪ CHUYÊN GIA

Bệnh nhân cho biết rằng bạn có thể cung cấp thông tin về tình trạng khuyết tật của họ và ảnh hưởng của khuyết tật đến khả năng sử dụng dịch vụ vận tải công cộng. Luật liên bang yêu cầu các Cơ quan Vận tải Khu vực (RTA) cung cấp dịch vụ vận tải đặc biệt (Paratransit) cho những người không thể sử dụng các dịch vụ xe buýt tuyến cố định có sẵn. **(Dịch vụ tuyến cố định là các dịch vụ vận tải mà phương tiện chạy theo các tuyến đường định sẵn, có lịch trình và điểm dừng cố định. Ví dụ, một xe buýt thành phố luôn chạy cùng một tuyến đường là một phần của hệ thống tuyến cố định.)** Xin lưu ý rằng bất kỳ điều kiện nào làm cho việc di chuyển đến hoặc rời khỏi điểm lên/xuống xe hoặc đi trên hệ thống tuyến cố định trở nên khó khăn hoặc kém thoải mái, không phải là lý do để đủ điều kiện sử dụng dịch vụ Paratransit. Thông tin bạn cung cấp sẽ giúp chúng tôi đánh giá yêu cầu và áp dụng cho các chuyến đi cụ thể.

Họ và tên người nộp đơn/bệnh nhân: _____

Ngày sinh: _____

Thông tin Về Khả năng Thực tế của Người nộp đơn

Chẩn đoán y tế/lâm sàng về tình trạng gây khuyết tật:

Giải thích cách mà khuyết tật hoặc tình trạng sức khỏe của người nộp đơn có thể ngăn cản họ sử dụng dịch vụ xe buýt tuyến cố định một cách độc lập:

Tình trạng khuyết tật hoặc sức khỏe mà người nộp đơn mô tả là:

Vĩnh viễn

Nếu vĩnh viễn, khả năng có thay đổi không

Có

Không

Tạm thời

Dự kiến kéo dài:

Không chắc chắn

Tình trạng sức khỏe hoặc khuyết tật có thay đổi hàng ngày theo xu hướng ảnh hưởng đến khả năng sử dụng dịch vụ xe buýt công cộng không? Có Không Thỉnh thoảng

Nếu chọn “Có” hoặc “Thỉnh thoảng”, vui lòng giải thích (ví dụ: nhiệt độ cực đoan, tác dụng phụ của thuốc, v.v.):

Người nộp đơn có cần Người Hỗ trợ Cá nhân (Personal Care Attendant) để hoàn thành các công việc hằng ngày không? Có Không Thỉnh thoảng

Tôi xác nhận rằng tôi đã hoàn thành các câu hỏi trong Mẫu Xác Nhận Chuyên Gia này và thông tin cung cấp là chính xác theo hiểu biết tối đa của tôi.

Chữ ký của Chuyên gia Y tế:

Họ và Tên (in chữ):

Ngày:

Số giấy phép#

Ngày hết hạn: