

إستمارة الحصول على رخصة استخدام خدمات النقل الخاص (أيه.دي.أيه) التابعة لرئبنا **أيه. دي. أيه**

يتطلب القانون الفيدرالي الخاص بالمواطنين الأمريكيين من ذوي الإحتياجات الخاصة (أيه. دي. أيه) خدمات متوازنة للمواصلات و النقل العام مثل برنامج النقل الخاص (ذا رايد) لخدمة الأفراد من ذوي الإحتياجات الخاصة الذين تمنعهم إعاقتهن من استخدام حافلات خط النقل الثابت التابعة لرئبنا.

إذا كنت تعتقد أن لديك إعاقة تمنعك من استخدام حافلات خط النقل الثابت التابع لرئبنا، يرجى إستكمال هذه الإستمارة وإرجاعها لنا على العنوان أدناه. إذا كنت مؤهلاً فسيتم منحك رخصة إستقلال حافلاتنا لبعض أو جميع جولاتك.

يرجى الإنتباه إلى أنه يجب إستكمال كل الأقسام الواردة في هذه الإستمارة بما فيها الأقسام الخاصة بمسئولي الرعاية الصحية. وتقع عليك المسؤولية بإعتبارك صاحب الطلب لإستيفاء إستمارة طلب تأهل للحصول على الخدمة. وقد يطلب منك الخضوع لتقييم المتخصصين في أي جهة للفحص من إختيار هيئة رئبنا.

وتقوم هيئة رئبنا بإعلامك بأهليتك بعد إستلامها الإستمارة الكاملة التي تقدمت بها للحصول على خدمات النقل الخاص (أيه. دي. أيه) خلال مدة 21 يوم من تاريخ الإستلام. وتوجد عدة نسخ من الإستمارة سهلة القراءة ومتوفرة عند الطلب.

ملحوظة: تبلغ قيمة الجولة باستخدام كل خدمات برنامج الجولة (ذا رايد) \$4.00 للذهاب أو العودة. إذا كنت تستطيع استخدام خطوط النقل الثابتة التابعة لرئبنا، قم بالإتصال على **784-9500** داخلي. **604** وذلك للحصول على تذكرة مجانية أو بنصف الثمن.

أرسل لنا الإستمارة المستوفاة على:

RIPTA
ADA Coordinator
705 Elmwood Ave.
Providence, Rhode Island 02907

فاكس: **401.461.8210**

هل لديك سؤال؟ أتصل ب(401) 9760-461

جهاز الاتصالات للصم باستخدام نظام التسليم بولاية رود آيلاند

711 أو TDD RI Relay (800) 745-5555

أكتب

1. الأسم الأول: _____ الأسم الأوسط (الحرف الأول): _____ الأسم الأخير: _____

2. العنوان: _____

شقة # _____

3. مدينة: _____

ولاية: _____

رمز بريدي: _____

4. تاريخ الميلاد:

(شهر/يوم/سنة)

ذكر أنثى

5. رقم الهاتف: _____

رقم الهاتف الجوال: _____

6. رقم الضمان الإجتماعي SSN : _____

7. هل تقوم باستخدام برنامج الجولة للقيام بزيارات طبية أو شراء مستلزمات منزلية أو لزيارة دار رعاية؟ _____

8. اللغة (قم بإختيار كل ما ينطبق عليك)

إنجليزية أسباني أخرى (يرجى التحديد)

9. في حالة الطوارئ، أتصل ب (أسم): _____

هاتف العمل: _____

الهاتف الجوال: _____

10. صلة القرابة: _____

هاتف المنزل: _____

11. من فضلك، قم بوصف إعاقتك وأشرح كيف تمنعك من استخدام

خدمة حافلة النقل المتاحة من ربيتنا

لا

نعم

12. هل تعد إعاقتك مؤقتة؟

إذا كانت الإجابة بنعم، ما هي المدة الزمنية المتوقعة لإستمرارها؟

13. هل هناك أي حالات طبية أو إعاقات أخرى تؤثر على قدرتك على استخدام حافلة النقل؟
 نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى الشرح:

القسم الثاني
معلومات عن آلية التنقل

14. أي من أدوات ومعدات التنقل التالية تساعدك في الوصول إلى حيثما تريد؟

حيوانات أليفة	كرسي ذو عجلات يدوي	عصا
لوحة صور	كرسي ذو عجلات أوتوماتيكي	عصا بيضاء
لوحة حروف	دراجة قدم أوتوماتيكية	مشاية
أخرى	لاشيء مما سبق	عكازين
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

هل يتعدى حجم أي من معدات التنقل والمساعدة الشخصية 30 x 48 انش أو 600 باوند؟

15. كم عدد المباني التي يمكن أن تمر عليها إذا قمت باستخدام أي من معدات التنقل أو قمت بالإعتماد على نفسك على أرض مستوية (مبني واحد = 500 قدم)؟

عدد المباني:

16. هل تحتاج إلى شخص يساعدك عند استخدام الحافلة؟

نعم لا

17. ها تمنعك أعاقتك من الوصول إلى أو الخروج من محطات التوقف؟

نعم لا

يرجى الشرح: -

18. هل يمكنك صعود 3 درجات من السلم بوجود مسند سلمى بدون المساعدة؟

نعم لا

يرجى الشرح:

19. هل تتأثر قدرتك على التنقل أو الإنتظار بالخارج بالطقس سواء كان حاراً أم بارداً؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى وصف الطقس الذي لا يمكنك تحمله؟

20. هل يمكنك الصعود أو الهبوط من حافلة النقل المعتادة باستخدام رافعة الكرسي ذو العجلات؟

نعم لا

المزيد من الشرح:

21. هل يمكنك التجول بمفردك دون المساعدة؟

نعم لا

22. هل تستطيع السؤال عن الإرشادات وفهمها و إتباعها؟

نعم لا

23. إذا تم مليء هذه الإستمارة بواسطة شخص غير طالب الخدمة، يجب أن يقوم هذا الشخص بإستكمال البيانات التالية:

الاسم: _

العنوان: _

مدينة: _

الهاتف#: _

التوقيع: _

رمز بريدي:

ولاية: _

التاريخ: _

**لقد قمت الآن بإستكمال القسم الخاص بطالب الخدمة.
يرجى تسليم هذه الإستمارة لمتخصص الرعاية الصحية المتابع لإعاقتك الجسدية.**

أفوض أنا الموقع أدناه RIPTA و برنامج الجولة (ذا رايد) بإستلام أي من بياناتي الشخصية والصحية المحمية و الكشف عن أي من هذه المعلومات إلى الجهات المختصة المسؤولة عن دفع عمليات الرعاية الصحية والعلاج أو غير ذلك من المسموح به أو المطلوب من قبل قاعدة الخصوصية وبما يتسق مع كل القوانين الاتحادية لدى قانون حمليه ومسئولية التأمين الصحي (HIPAA).

أتفهم أنه قد يكون من الضروري لكي تقوم هيئة ريبنا بتقييم إستمارة طلبي أن تقوم بالإتصال بمتخصص الرعاية الصحية الخاص بي لإستكمال القسم الثالث في هذه الإستمارة ، كما أنني قد أكون مطالب بالخضوع لتقييم المتخصصين في أي جهة للفحص من إختيار هيئة ريبنا.

كما أفوض متخصص الرعاية الصحية بإستخدام رقم عضويتي في برنامج الجولة لترتيب مواعيد جولاتي بالنيابة عني. ويؤكد توقيعى أدناه على التفويض.

أتعهد بسلامة وصحة المعلومات المقدمة في هذا الطلب.

التاريخ:

التوقيع

يتم إكمال هذا الجزء من الإستمارة بمعرفة متخصص الرعاية الصحية أو متخصص إعادة التأهيل وعادة الطبيب أو الممرضة.

لا يعد القسم الثالث إقرار من مقدم الطلب بحالته الصحية ولكن لتحديد تأثير حالته الطبية علي قدرته على استخدام حافلات النقل المعتادة التابعة لريبتا بمفرده.

تتعين الإجابة عن كل الإئلة لكيما يعتبر هذا الطلب مستوفي الشروط.

ملحوظة: تزود كل حافلة تابعة لريبتا برافعة للكراسي ذي العجلات .
وأيضاً، إذا كان مقدم الطلب يستطيع إستخدام حافلات النقل المعتادة ، فيمكن أن يكونوا مؤهلين للحصول علي تنكرة مجانية أو تنكرة بنصف الثمن.

24. أسم مقدم الطلب: _

25. صفتك في معرفة مقدم الطلب: _

26. تشخيص طبي أو حالة طبية تسبب إعاقة تمنع مقدم الطلب من الوصول إلى وأو الصعود وأو إستقلال حافلات ريبنا بمفرده.

27. هل هي حالة مؤقتة ؟

نعم

لا

28. هل يمكن لمقدم الطلب في أي وقت من الأوقات إستقلال أي من حافلات نقل التابعة لريبتا؟ _

متى، وتحت أي ظرف؟ _

29. هل يستطيع مقدم الطلب القيام بالإنشطة التالية أم لا؟

(أ). صعود ثلاث درجات سلم كل منها 12 إنش تقع على باب حافلة النقل التابعة لربيتنا بمفرده؟

يستطيع لا يستطيع

(ب). هل يستطيع الوصول إلى أو الخروج من محطات توقف حافلات النقل التابعة لربيتنا بمفرده؟

يستطيع لا يستطيع

(ج). يستطيع الصعود إلى أو الهبوط من حافلة النقل المعتادة التابعة لربيتنا باستخدام رافعة الكراسي ذات العجلات؟

يستطيع لا يستطيع

(د). هل يحتاج مقدم الطلب لمساعد أثناء التنقل؟

نعم لا

30. إذا كان لدى مقدم الطلب أعاقة معرفية، هل يمكنه:

(أ). قراءة اللوحات الإرشادية و السؤال عن الإتجاهات وإتباعها؟

يستطيع لا يستطيع

(ب). هل يمكنه التجول بمفرده؟

يستطيع لا يستطيع

إذا كانت الإجابة بلا، يرجى الشرح:

أسم متخصص الرعاية الصحية:

31

لقب متخصص الرعاية الصحية المهني:

عنوان المركز الطبي:

مدينة: _ ولاية: _ رمز بريدي: _

رقم هاتف المركز الطبي: _ فاكس: _

التاريخ:

التوقيع

معلومات إضافية



الهيئة العامة للنقل بولاية رود آيلاند
عناية: ADA Coordinator
705 Elmwood Ave.
Providence, RI 02907