



## पात्रता आवेदन

प्रिय ग्राहक:

शार्लोट एरिया ट्रांजिट सिस्टम (CATS) स्पेशल ट्रांसपोर्टेशन सर्विस (STS) पात्रता के लिए आवेदन करने के बारे में पूछताछ के लिए आपको धन्यवाद। ADA पैराट्रांजिट योग्यता के प्रमाणीकरण के लिए एक आवेदन की एक प्रति, और साथ ही प्रमाणीकरण प्रक्रिया को रेखांकित करने वाला एक निर्देश पत्र भी संलग्न है।

**आवेदन पत्र भरने से पहले कृपया इन संलग्न सामग्रियों को ध्यान से पढ़ें।**

STS एक पैराट्रांजिट सेवा है जिसे CATS उन व्यक्तियों को प्रदान करती है जो विकलांगता के कारण निश्चित मार्ग की बस सेवा का उपयोग करने में असमर्थ हैं। निश्चित मार्ग की बस सेवा का उपयोग करने की असमर्थता में बस स्टॉप तक आने या जाने, बसों में चढ़ने या उतरने या बस प्रणाली की सवारी करने और उपयोग करने के तरीके को समझने में असमर्थ होना शामिल हो सकता है।

STS “ADA पैराट्रांजिट योग्य” के रूप में पहचाने गए लोगों को उन यात्राओं के लिए वैन/साइकल सवारी सेवा प्रदान करता है जो फिक्स्ड-रूट बस सेवा का उपयोग करके यात्रा नहीं कर सकते हैं। उदाहरण के लिए, यदि बस स्टॉप नजदीक है और ऐसी कोई बाधा नहीं है जो आपको बस तक आने और उसमें चढ़ने उतरने से रोकती है तो आप कुछ यात्राओं के लिए बस सेवा का उपयोग करने में सक्षम हो सकते हैं। अन्य स्थितियों में, आप शायद बसों तक आने और उनका उपयोग करने में सक्षम नहीं हो सकते हैं। STS इन अवसरों पर आपकी सहायता करने के लिए बना है।

पात्रता के तीन प्रकार हैं:

**सशर्त अस्थायी:** आप कभी-कभी फिक्स्ड-रूट बस सेवा का उपयोग करने में सक्षम होते हैं और कभी-कभी पैराट्रांजिट की आवश्यकता होती है। कार्यात्मक बाधा में सुधार होने की उम्मीद है।

**सशर्त स्थायी:** आप कभी-कभी फिक्स्ड-रूट बस सेवा का उपयोग करने में सक्षम होते हैं और कभी-कभी पैराट्रांजिट की आवश्यकता होती है। कार्यात्मक बाधा में सुधार नहीं होगा और यह इससे भी बदतर हो सकती है।

**बिना शर्त:** आप कार्यात्मक बाधा के कारण फिक्स्ड-रूट बस सेवा का उपयोग नहीं कर सकते हैं।

इस सेवा के लिए अपनी योग्यता को सटीक रूप से निर्धारित करने में हमें सक्षम बनाने के लिए, **कृपया संलग्न आवेदन को यथासंभव पूर्ण और सटीक रूप से भरें।** प्रश्न उन परिस्थितियों को निर्धारित करने के लिए बनाए गए हैं जिनके तहत आप निश्चित मार्ग या पैराट्रांजिट सेवाओं का उपयोग कर सकते हैं।



अगर आपको फॉर्म भरने में सहायता की ज़रूरत है, या आपको प्रश्न पूछना है, तो कृपया STS कार्यालय से संपर्क करें। यह पत्र और आवेदन बड़े प्रिंट, और अन्य वैकल्पिक प्रारूपों में भी उपलब्ध है।

आवेदन को भर लेने के बाद, अंतिम पृष्ठ को भरने और हस्ताक्षर करने के लिए कृपया एक लाइसेंस प्राप्त स्वास्थ्य देखभाल या पुनर्वास पेशेवर से मिलें। **यदि कोई भाग खाली छूटा होगा तो आवेदन आपको वापस कर दिया जाएगा।** आपके द्वारा प्रदान की जाने वाली जानकारी गोपनीय है।

**कृपया इस आवेदन के साथ चिकित्सा दस्तावेज या जानकारी संलग्न न करें। जब आपका साक्षात्कार होगा तब आप चिकित्सा जानकारी अपने साथ ला सकते हैं।**

आपका भरा हुआ आवेदन प्राप्त होने के कुछ दिनों के भीतर, CATS निश्चित मार्ग की सेवा का उपयोग करने की आपकी योग्यताओं को सुनिश्चित करने के लिए व्यक्तिगत साक्षात्कार और कार्यात्मक मूल्यांकन का कार्यक्रम नियत करने हेतु आपसे टेलीफोन पर संपर्क किया जाएगा।

भरा हुआ आवेदन प्राप्ति के 21 दिनों के भीतर संसाधित किया जाएगा। उसके बाद आपको आपकी पात्रता स्थिति के बारे में लिखित में अधिसूचित किया जाएगा। यदि मूल्यांकन और निर्धारण को पूरा करने के लिए अतिरिक्त समय की आवश्यकता होगी, तो आपको अस्थायी पात्रता दी जाएगी।

यदि हम निर्धारित करते हैं कि आप CATS निश्चित मार्ग की सेवा का उपयोग करने में सक्षम हैं, और इसलिए STS के लिए अपात्र हैं, तो हम आपको इस निर्धारण के कारणों के बारे में सूचित करेंगे। आप इस निर्णय के विरुद्ध लिखित रूप में अपील कर सकते हैं। हालांकि, जब तक कि अपील प्रक्रिया 30 दिनों के भीतर पूरी नहीं की जा सकती, अपील प्रक्रिया के दौरान STS सेवा प्रदान नहीं की जाएगी।



## आवेदक की जानकारी

टाइटल: श्री श्रीमती कुमारी सुश्री

नाम \_\_\_\_\_

पता \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

टेलीफोन / TDD संख्या (दिन) \_\_\_\_\_ (शाम) \_\_\_\_\_

जन्म तिथि \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ [ ] पुरुष [ ] स्त्री

प्राथमिक भाषा: [ ] अंग्रेजी [ ] हिन्दी [ ] सांकेतिक [ ] अन्य: \_\_\_\_\_

सुलभ प्रारूप: [ ] मानक प्रिंट [ ] बड़े प्रिंट [ ] ब्रेल [ ] ऑडियो टेप  
[ ] अन्य: \_\_\_\_\_

पात्रता का प्रकार: [ ] सशर्त [ ] बिना शर्त [ ] अस्थायी [ ] स्थायी

यदि यह आवेदन प्रमाण पत्र का अनुरोध करने वाले आवेदक के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा भरा गया है, तो उस व्यक्ति को निम्नलिखित को भरना होगा:

नाम: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

टेलीफोन: (दिन) \_\_\_\_\_ (शाम) \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

तारीख: \_\_\_\_\_

आपात स्थिति के मामले में: कृपया दो लोगों के नाम सूचीबद्ध करें जिनसे STS संपर्क कर सकता है, ऐसे लोगों में सहायता पेशेवर, एजेंसिया या आपकी विकलांगता से परिचित अन्य लोग शामिल हैं:

नाम: \_\_\_\_\_ कार्य# \_\_\_\_\_ घर# \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

रिश्ता: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_ कार्य# \_\_\_\_\_ घर# \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

रिश्ता: \_\_\_\_\_



## आपकी विकलांगता के बारे में

आप एक नए ग्राहक हैं या अपनी पात्रता दोबारा प्रमाणित कर रहे हैं?  नया  दोबारा प्रमाणित कर रहे हैं

यदि दोबारा प्रमाणित कर रहे हैं, तो क्या आपकी स्थिति/विकलांगता बदल गई है? यदि ऐसा है तो कृपया विवरण दें

---

---

---

1. विकलांगता क्या है जो आपको फिक्स्ड-रूट बस का उपयोग करने में बाधक है?

---

---

---

2. बताएं कि आपकी विकलांगता आपको एक फिक्स्ड-रूट बस का स्वतंत्र रूप से उपयोग करने से कैसे रोकती है: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

3. आपने जिन स्थितियों का वर्णन किया है क्या वे:  स्थायी हैं  दिन-प्रतिदिन भिन्न होती हैं  अस्थायी हैं? यदि अस्थायी हैं, तो अपेक्षित अवधि क्या है? \_\_\_\_\_

---

4. क्या आपको चिकित्सकीय रूप से परिभाषित ठंड संवेदनशीलता है?  हाँ  नहीं किस तापमान के ऊपर या नीचे?: \_\_\_\_\_

अगर हाँ, तो कृपया समझाएँ: \_\_\_\_\_

5. क्या आपको चिकित्सकीय रूप से परिभाषित ताप संवेदनशीलता है?  हाँ  नहीं किस तापमान के ऊपर या नीचे?: \_\_\_\_\_

अगर हाँ, तो कृपया समझाएँ: \_\_\_\_\_



6. क्या अन्य मौसम स्थितियां (हवा, शाम/अंधेरा और/या चमक) आपकी विकलांगता को प्रभावित करती है? अगर हाँ, तो कृपया

समझाएँ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. क्या आपको कोई दृष्टि विकार है?  हाँ  नहीं  कभी कभार  
अगर हाँ या कभी-कभी, तो कृपया

समझाएँ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. क्या आपकी श्वास मौसम या पर्यावरणीय परिस्थितियों से प्रभावित होती है?

हाँ  नहीं  कभी कभार

अगर हाँ या कभी-कभी, तो कृपया

समझाएँ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. क्या चिकित्सा उपचार के बाद आपकी विकलांगता की गंभीरता बदल जाती है?

हाँ  नहीं  कभी कभार

अगर हाँ या कभी-कभी, तो कृपया समझाएँ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. क्या आपकी विकलांगता से संबंधित कोई अन्य टिप्पणी या अतिरिक्त जानकारी है जिसे आप बताना चाहते हैं?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**बस स्टॉप तक आना / जाना**

1. क्या आप स्वतंत्र रूप से फिक्स्ड-रूट बस स्टॉप, गंतव्यों, स्थानों पर जाने और/या सड़कों को पार करने में सक्षम हैं?  हाँ  नहीं  कभी कभार  
अगर नहीं या कभी-कभी, तो कृपया समझाएँ:  

---

---
2. क्या आप अंधेरा होने के बाद स्वतंत्र रूप से यात्रा करने में सक्षम हैं?  हाँ  नहीं  कभी कभार  
अगर नहीं या कभी-कभी, तो कृपया समझाएँ:  

---

---
3. क्या आप किसी अन्य व्यक्ति की मदद के बिना सुरक्षित और स्वतंत्र रूप से ¼ मील (4 ब्लॉकों) की यात्रा करने में सक्षम हैं?  हाँ  नहीं  कभी कभार  
अगर नहीं या कभी-कभी, तो कृपया समझाएँ:  

---

---
4. क्या आप किसी अन्य व्यक्ति की सहायता के बिना सुरक्षित और स्वतंत्र रूप से 200 फीट की दूरी तक आने जाने में सक्षम हैं?  हाँ  नहीं  कभी कभार  
अगर नहीं या कभी-कभी, तो कृपया समझाएँ:  

---

---
5. क्या आप स्वतंत्र रूप से अपने पड़ोस के बस स्टॉप तक जाने और वापस लौटने में सक्षम हैं?  हाँ  नहीं  कभी कभार  
अगर नहीं या कभी-कभी, तो कृपया समझाएँ:  

---

---



6. क्या आप दस (10) मिनटों तक सहायता या समर्थन के बिना बाहर इंतजार कर सकते हैं?  
[ ] हाँ [ ] नहीं [ ] कभी कभार  
अगर नहीं या कभी-कभी, तो कृपया समझाएँ:

---

---

7. क्या आप स्वतंत्र रूप से अपने नियमित गंतव्यों (स्थानीय बस स्टॉप) पर जाने और वापस लौटने में सक्षम हैं? [ ] हाँ [ ] नहीं [ ] कभी कभार  
अगर नहीं या कभी-कभी, तो कृपया समझाएँ:

---

---

8. क्या आप 15 मिनट से अधिक समय तक इंतजार कर सकते हैं? [ ] हाँ [ ] नहीं [ ] कभी कभार  
यदि हां, तो कितने समय तक: \_\_\_\_\_ मिनट

9. क्या आप अच्छे मौसम में सपाट सतहों पर आने-जाने में सक्षम हैं?  
[ ] हाँ [ ] नहीं [ ] कभी कभार  
अगर नहीं या कभी-कभी, तो कृपया समझाएँ:

---

---

10. क्या आप अच्छे मौसम में मामूली ढलान पर आने-जाने में सक्षम हैं?  
[ ] हाँ [ ] नहीं [ ] कभी कभार  
अगर नहीं या कभी-कभी, तो कृपया समझाएँ:

---

---

11. क्या आप निकटतम सार्वजनिक परिवहन स्टॉप तक जाने और वहां से वापस आने में सक्षम हैं?  
[ ] हाँ [ ] नहीं [ ] कभी कभार  
अगर नहीं या कभी-कभी, तो कृपया समझाएँ:

---

---



12. यदि एक सीट या बस शेल्टर उपलब्ध है तो क्या आप इंतजार कर सकते हैं?

हाँ  नहीं  कभी कभार

अगर नहीं या कभी-कभी, तो कृपया समझाएँ:

---

---

13. यदि एक सीट या बस शेल्टर उपलब्ध नहीं है तो क्या आप इंतजार कर सकते हैं?

हाँ  नहीं

अगर नहीं, तो कृपया समझाएँ: \_\_\_\_\_

14. आप कितने समय तक बस के आने का इंतजार कर सकते हैं? \_\_\_\_\_ मिनट

### बस में चढ़ना और उतरना

1. क्या आप सुरक्षित और स्वतंत्र रूप से 12-इंच की तीन (3) सीढियों पर चढ़ और उतर सकते

हैं?  हाँ  नहीं  कभी कभार

अगर नहीं या कभी-कभी, तो कृपया समझाएँ:

---

---

2. क्या आप सहायता के बिना व्हीलचेयर सुलभ बस में चढ़ने, यात्रा करने या

उससे उतरने में सक्षम हैं?  हाँ  नहीं  कभी कभार

अगर नहीं या कभी-कभी, तो कृपया समझाएँ:

---

---

3. क्या आप एक बस में चढ़ते या उतरते समय हैंडल या रेलिंगों को पकड़ने, सिक्कों या टिकटों को

संभालने में सक्षम हैं?  हाँ  नहीं  कभी कभार

अगर नहीं या कभी-कभी, तो कृपया समझाएँ:

---

---



4. क्या आप एक ऐसे वाहन में चढ़ने या उतरने में सक्षम हैं जिसमें लिफ्ट या नीलर लगा है जो बस के सामने के हिस्से को नीचे कर देता है?  हाँ  नहीं  कभी कभार अगर नहीं या कभी-कभी, तो कृपया समझाएँ:

---

---

5. क्या आप सहायता के बिना बस में चढ़ने और उससे उतरने में सक्षम हैं?  हाँ  नहीं  कभी कभार अगर नहीं या कभी-कभी, तो कृपया समझाएँ:

---

---

### सेवा प्रदान करना

1. क्या आप व्हील चेयर या स्कूटर का उपयोग करते हैं?  हाँ  नहीं यह कितना चौड़ा है? \_\_\_\_\_ इंच

सवार सहित यह कितना भारी है? \_\_\_\_\_ पाउंड

इस जानकारी का उपयोग पैराट्रांजिट पात्रता निर्धारित करने के लिए नहीं किया जाता है। आवागमन डिवाइस के आयामों को और क्या यह एक आम व्हीलचेयर की परिभाषित सीमा से अधिक है यह जानना आवेदक की ज़िम्मेदारी है।

अमेरिकी विकलांगता अधिनियम 1990 एक आम व्हीलचेयर के लिए परिभाषित करता है कि वह चौड़ाई में 30 इंच, लम्बाई में 48 इंच और सवार सहित 600 पाउंड भार से अधिक नहीं होना चाहिए।

यदि आपका आवागमन डिवाइस इन आयामों से अधिक है, तो ADA पैराट्रांजिट सेवा की गारंटी नहीं देता है।



2. क्या आप यात्रा करते समय निम्न आवागमन सहायक उपकरणों या विशेष उपकरण का उपयोग करते हैं? लागू होने वाले सभी को चुनें।

- |                                    |   |  |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> केन       | <input type="checkbox"/> सेवा प्रदाता पशु           | <input type="checkbox"/> संचार बोर्ड                   |
| <input type="checkbox"/> सफेद केन  | <input type="checkbox"/> पावर व्हीलचेयर             | <input type="checkbox"/> लार्ज पावर चेयर (ADA से अधिक) |
| <input type="checkbox"/> वाकर      | <input type="checkbox"/> पावर स्कूटर (3-पहिया वाला) |  |
| <input type="checkbox"/> बैसाखियां | <input type="checkbox"/> मैनुअल व्हीलचेयर           | <input type="checkbox"/> अन्य सहायता: _____            |

3. यदि आप व्हीलचेयर या स्कूटर का उपयोग करते हैं, तो क्या आप इसे पैराट्रांजिट पर भी इस्तेमाल करेंगे?

हाँ  नहीं  कभी कभार

अगर नहीं या कभी-कभी, तो कृपया

समझाएँ: \_\_\_\_\_

4. क्या आप अपने आवागमन डिवाइस के साथ सार्वजनिक बस स्टॉप पर 15 मिनट तक इंतजार कर सकते हैं?  हाँ  नहीं  कभी कभार

अगर नहीं या कभी-कभी, तो कृपया

समझाएँ: \_\_\_\_\_

5. क्या आपको यात्रा करने के लिए एक परिचर (व्यक्तिगत देखभाल, दृष्टि मार्गदर्शक) की आवश्यकता होती है? एक परिचर आपकी व्यक्तिगत या यात्रा ज़रूरतों में सहायता कर सकता है, जैसे सड़क पार करना; सीढ़ियां चढ़ना, आदि।  हाँ  नहीं  कभी कभार

यदि हां या कभी-कभी, तो कृपया इस व्यक्ति द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता के प्रकार का विवरण दें:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. क्या आप 10 साल से कम उम्र के बच्चों के साथ यात्रा करते हैं?  हाँ  नहीं



## सूचना जारी करना

मैं, आवेदक, समझता हूँ कि इस आवेदन का उद्देश्य विशेष परिवहन सेवा (STS) का उपयोग करने की मेरी पात्रता निर्धारित करना है। मैं कैरोलिनास पुनर्वास को, शार्लोट एरिया ट्रांजिट सिस्टम, और किसी पात्रता समीक्षा पैनल की तरफ से अनुरोध की गई जानकारी प्रदान करने के लिए सहमत हूँ, और समझता हूँ कि यहां निहित जानकारी को, जब तक कि अन्यथा कानून द्वारा आवश्यक न हो, गोपनीय समझा जाएगा। मैं यह भी समझता हूँ कि आगे भी शार्लोट एरिया ट्रांजिट सिस्टम की तरफ से कैरोलिनास पुनर्वास, अपने विवेकाधिकार में अतिरिक्त जानकारी का अनुरोध करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। मैं अपनी विकलांगता की स्थिति में किसी भी बदलाव के बारे में STS को सूचित करने के लिए सहमत हूँ जो कि पूरक पैराट्रांसिट सेवा का उपयोग करने की मेरी पात्रता को प्रभावित करता है। मैं यह भी समझता हूँ कि यह एक सवारी के रूप में मेरी पात्रता को प्रभावित कर सकता है।

मैं इसके द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि मैं ADA पूरक पैराट्रांजिट सेवा के लिए प्रमाणन अनुरोध करने वाला एक व्यक्ति हूँ और उपरोक्त जानकारी सत्य और सटीक है:

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_

आवेदक का मुद्रित नाम \_\_\_\_\_

तैयार करने वाले का मुद्रित नाम \_\_\_\_\_

यदि तैयारकर्ता किसी एजेंसी का प्रतिनिधित्व करता है, तो कृपया एजेंसी का नाम यहां प्रिंट करें:

फ़ोन# \_\_\_\_\_

अभिभावक या कानूनी अभिभावक का हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

तारीख \_\_\_\_\_



इस आवेदन को भरने के लिए धन्यवाद।

निर्धारण के इस आवेदन की प्राप्ति के 21 दिनों के भीतर निर्धारण और उस निर्धारण के कारण (ओं) के बारे में आपको लिखित में अधिसूचित किया जाएगा।

कोई भी व्यक्ति जिसकी पात्रता से इनकार कर दिया गया हो या सशर्त पात्रता दी गई हो, अपील के लिए 60 दिनों के भीतर एक लिखित अनुरोध दर्ज करा सकता है। जब तक अपील प्रक्रिया 30 दिनों के भीतर पूरी नहीं की जा सकती, अपील प्रक्रिया के दौरान STS सेवा प्रदान नहीं की जाएगी। STS की पात्रता कार्यात्मक बाधाओं की स्थाई या अस्थायी प्रकृति पर ध्यान दिए बिना, तीन (3) वर्षों की अवधि के लिए प्रदान की जाती है।

### व्यावसायिक सत्यापन

इस आवेदन का समुचित मूल्यांकन करने के लिए, शार्लोट एरिया ट्रांजिट सिस्टम की तरफ से कैरोलिनास पुनर्वास, प्रदान की गई जानकारी की पुष्टि के लिए आपके स्वास्थ्य देखभाल या पुनर्वास पेशेवर से संपर्क करेगा। कृपया अपने स्वास्थ्य देखभाल या पुनर्वास प्रदाता से निम्नलिखित प्राधिकरण को भरवाएं और उस पर उनका हस्ताक्षर प्राप्त करें।



ध्यान दें: यदि संभव हो, तो कृपया इस फॉर्म को एक ऐसे पेशेवर द्वारा भरवाएं जो आपकी विशेष विकलांगता से परिचित है और जो सार्वजनिक पारगमन प्रणाली का उपयोग करके यात्रा करने की आपकी क्षमता या अक्षमता को भी समझता है। इसमें शामिल हो सकते हैं:

- एक पुनर्वास विशेषज्ञ
- एक स्वतंत्र आजीविका परामर्शदाता
- एक सामाजिक कार्यकर्ता
- एक मनोवैज्ञानिक
- एक व्यावसायिक पुनर्वास सलाहकार
- एक मानसिक स्वास्थ्य सलाहकार
- एक व्यावसायिक या शारीरिक चिकित्सक
- एक चिकित्सक या पंजीकृत नर्स

*निम्नलिखित स्वास्थ्य देखभाल या पुनर्वास पेशेवर मेरी विकलांगता से परिचित है और शार्लोट एरिया ट्रांजिट सिस्टम की तरफ से कैरोलिनास पुनर्वास को इस आवेदन में निहित किसी भी जानकारी की पुष्टि करने; या मेरी अक्षमता की बाधाओं को स्पष्ट करने के लिए आवश्यक जानकारी प्रदान करने के लिए अधिकृत है।*

हेल्थकेयर या पुनर्वास पेशेवर द्वारा भरा जाना है

|  |
|--|
| नाम _____                                    |
| पता _____                                    |
| _____  |
| टेलीफोन / TDD संख्या (दिन) _____ फैक्स _____ |
| ईमेल पता _____                               |
| हस्ताक्षर _____ तारीख _____                  |