

## طلب التقديم الخاص بخدمة النقل العامة المخصصة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة من نظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS Paratransit) والتعليمات ذات الصلة

### ما الخدمة المخصصة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة؟

يوفر نظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS) الحصول على خدمة النقل العامة المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة، بما يتفق مع قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA)، وذلك للأفراد الذين لا يستطيعون الوصول إلى الحافلات ذات الطرق الثابتة بسبب معاناتهم من إعاقة (جسدية أو عقلية أو بصرية). يحدد قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA) شروط أهلية الحصول على خدمة النقل العامة المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة المكتملة في القسم 37.123 من اللوائح الفيدرالية (CFR 49). تعد خدمة النقل العامة المخصصة من نظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS Paratransit) خدمة محددة المواعيد مسبقاً ومشتركة الاستخدام، كما تنقل الركاب من نقطة الانطلاق إلى نقطة الوجهة.

### تحديد موعد الرحلة الخاصة بي

يجب أن يكون لدى الركاب شهادة تثبت أهليتهم للاستفادة من خدمة النقل العامة المخصصة من نظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS Paratransit). يرجى الاتصال على رقم [704.336.2637](tel:704.336.2637) من أجل تحديد موعد الرحلة الخاصة بك.

### ما المنطقة التي ينم العمل فيها بخدمة النقل العامة المخصصة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة (Paratransit)؟

تعمل خدمة النقل العامة المخصصة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة (Paratransit) بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA)، والذي يضمن جميع الرحلات داخل منطقة الخدمة التابعة للنظام. تُعرّف المنطقة الخاصة بخدمة النقل العامة المخصصة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة (Paratransit) بأنها المنطقة التي تبلغ مسافتها ثلاثة أرباع (¾) ميل على كلا الجانبين من الطرق الحالية ذات الحافلات الثابتة أو المحلية. تعد الخدمة متاحة في نفس الأيام والأوقات التي تعمل فيها الطرق الثابتة في المنطقة.

يمكن أن تتم الموافقة على استفادتك من خدمة النقل العامة المخصصة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة (Paratransit)، وذلك حتى لو كان مكان إقامتك خارج منطقة الخدمة. في مثل هذه الحالات، سيتعين عليك أن يتم أخذك من موقع ما وإعادتك إليه، بحيث يبعد هذا الموقع مسافة تصل إلى ثلاثة أرباع (¾) ميل من منطقة الخدمة.

عندما يقوم نظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS) بإجراء تغييرات على مستوى الخدمة الخاص بخدمة الحافلات ذات الطرق الثابتة، وقد يؤثر ذلك على منطقة خدمة النقل المقدره بمسافة ثلاثة أرباع ميل والمشمولة بقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA)، والمقدمة للركاب المؤهلين للاستفادة من خدمة النقل العامة المخصصة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة (Paratransit). قد تؤثر هذه التغييرات على قدرتك على الاستفادة من خدماتنا من مكان إقامتك أو الوصول إلى الموقع الذي ترغب النزول فيه.

### كيف يتم تحديد أهلية للحصول على هذه الخدمة؟

إذا كانت لديك إعاقة تمنعك من استخدام خدمة الحافلات ذات الطرق الثابتة، حيث تكون بعض الرحلات أو جميعها مؤهلة للاستفادة من خدمة النقل العامة المخصصة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة (Paratransit).

## يتم تحديد الأهلية من خلال ثلاثة عوامل:

1. قدرتك على الوصول إلى محطة الحافلات والعودة منها
2. قدرتك على الصعود إلى الحافلة والخروج منها
3. قدرتك المعرفية على التنقل في نظام الحافلات ذات الطرق الثابتة

تشمل القضايا التشغيلية التي لا تُستخدم لتحديد أهلية الاستفادة من خدمة النقل المخصصة (STS) على ما يلي:

1. العمر
2. المسافة من وإلى محطة الحافلات
3. عدم توفر خدمة الحافلات في المنطقة
4. اكتظاظ الحافلات

## إكمال طلب التقديم الخاص بك

إذا كنت مهتمًا بتقديم طلب للاستفادة من خدمة النقل العامة المخصصة من نظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS Paratransit)، فيمكنك الحصول على طلب تقديم عبر البريد أو الفاكس، أو استكماله عبر الإنترنت. للحصول على طلب تقديم عبر البريد أو الفاكس، يرجى التواصل مع خدمة النقل العامة المخصصة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة (Paratransit) على الرقم [704.336.2637](tel:704.336.2637) وتحديد الخيار رقم 3 أو زيارة الموقع الإلكتروني [ADA Ride](http://ADA.Ride).

ثم اتباع التعليمات لاستكمال طلب التقديم عبر الإنترنت. بناءً على طلب التقديم الخاص بك، فستحتاج إلى وصف الإعاقة التي تعاني منها وكيف تؤثر على قدرتك على استخدام خدمة الحافلات ذات الطرق الثابتة الخاصة بنظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS). يُرجى التأكد من الإجابة على جميع الأسئلة وتوقيع قسم التوثيق المهني من قبل مقدم الرعاية الصحية. أما إذا كان طلب التقديم الخاص بك غير مكتمل، فسيتم إرجاعه إليك لاستكماله. بمجرد استكمالك لطلب التقديم، يُمكنك إرساله عبر البريد إلى عنوان:

خدمات النقل العامة المخصصة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة من نظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS Paratransit)

North Davidson Street 901  
Charlotte NC 28206

يمكنك أيضًا إرسال طلب التقديم المكتمل عن طريق الفاكس إلى الرقم: [704.336.5119](tel:704.336.5119).

بمجرد استلام خدمة النقل العامة المخصصة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة (Paratransit) لطلب التقديم الخاص بك، فقد يتم الاتصال بك لتحديد موعد لإجراء مقابلة شخصية وربما موعد لتقييم وظيفي.

بمجرد انتهائك من المقابلة والتقييم، فسيتم النظر في حالتك بإحدى الطرق التالية:

- أهلية الاستفادة من هذه الخدمة
- أهلية مشروطة

- عدم أهلية الاستفادة من هذه الخدمة  
يتم إرسال خطاب للأشخاص المؤهلين للاستفادة من خدمة النقل العامة المخصصة للأشخاص ذوي  
الاحتياجات الخاصة (Paratransit)، والذي يوضح شهادتهم وأهليتهم لاستخدام خدمة النقل العامة  
المخصصة من نظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS Paratransit).

يحق للمتقدمين الذين يتم تحديدهم كغير مؤهلين أو مؤهلين بشروط الاعتراض على التقييم. تم تشكيل لجنة  
مستقلة للاستماع إلى الاعتراضات وتتضمن شخصًا يعاني من إعاقة ما.  
اعتمادًا على طبيعة الإعاقة التي تعاني منها، فقد يُطلب منك الحصول على شهادة من أخصائي في التقييم  
الوظيفي، والتي تثبت عدم قدرتك على استخدام الحافلات ذات الطرق الثابتة الخاصة بنظام النقل العابر  
لمنطقة شارلوت (CATS). سيقوم موظفو نظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS) بإعلامك في حالة  
الحاجة إلى هذا التقييم. تتطلب التعليمات الجديدة الخاصة بقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA) من نظام  
النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS) نقل أولئك الذين يعانون من إعاقات ويتوفر بهم الشروط التالية:

- عدم القدرة على الصعود إلى حافلة سهلة الوصول، أو الركوب فيها، أو النزول منها بدون مساعدة  
من شخص آخر غير سائق منصة الصعود أو أي وسيلة صعود أخرى.
- القدرة على الصعود إلى حافلة سهلة الوصول، والركوب فيها، والنزول منها، ولكنهم يحتاجون إلى  
التنقل في وقت لا يتوفر فيه هذا النوع من الحافلات على الطريق
- المعاناة من حالة مرتبطة بالإعاقة تمنعهم من الذهاب إلى موقف الحافلة أو العودة منه.

## الزوار (غير المقيمين في منطقة شارلوت)

توفر خدمة النقل العامة المخصصة من نظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS Paratransit) خدمة النقل العامة  
المخصصة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة (Paratransit) لأي زائر بمنطقة تشارلوت يكون قد تم اعتماده كمؤهل  
للاستفادة من هذه الخدمة، بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA) في الولاية التي يقيم بها، أو بتوفير وثائق تثبت  
إقامته وإعاقة إذا لم يكن للإعاقة وجه ظاهر، وذلك بما يتفق مع أحكام قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA). يسمح هذا البند  
باستخدام الزائر لخدمة النقل العامة المخصصة من نظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS Paratransit) لمدة تصل  
إلى 21 يومًا خلال أي فترة تتراوح بين 365 يومًا.

يمكن إرسال هذه المعلومات عن طريق الفاكس إلى (704) 5119-336 أو عبر البريد إلى

[CATSADAeligibility@charlottenc.gov](mailto:CATSADAeligibility@charlottenc.gov)

إذا راودتك أي أسئلة، فيرجى التواصل مع مكتب شهادة وأهلية الاستفادة من خدمة النقل العامة المخصصة للأشخاص ذوي  
الاحتياجات الخاصة (Paratransit) على الرقم 704.336.5055.

## التقدم بطلب للحصول على خدمة النقل المخصصة وفقاً لقانون الأمريكيين

ذوي الإعاقة (ADA)

رقم تقديم الطلب:

شكراً على تقديمك طلباً للحصول على خدمة النقل الخاصة (STS) التي يوفرها نظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS)	
تعد خدمة النقل الخاصة (STS) هي خدمة النقل المخصصة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة التي يوفرها نظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS) للأفراد الذين لا يستطيعون استخدام خدمة الحافلات ذات الطرق الثابتة بسبب وجود إعاقة لديهم. تقدم خدمة النقل الخاصة (STS) خدمةً للنقل بواسطة سيارات الفان أو الرحلات المشتركة للأشخاص الذين تم تحديدهم كـ "مؤهلين للحصول على خدمة النقل المخصصة وفقاً لقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA)". تهدف خدمة النقل الخاصة (STS) إلى مساعدة الأفراد الذين لا يستطيعون الانتقال بالحافلة بمفردهم بسبب وجود إعاقة جسدية أو بصرية أو إدراكية لديهم.	
<b>أنواع الأهلية</b>	
<p><b>أهلية غير مشروطة:</b> يمكنك استخدام خدمة النقل الخاصة (STS) بسبب عدم قدرتك على استخدام خدمة الحافلات ذات الطرق الثابتة بمفردك</p> <p><b>أهلية مشروطة:</b> يمكنك استخدام خدمة النقل الخاصة (STS) عندما تحول "حالة الإعاقة" الخاصة بك دون قدرتك على استخدام خدمة الحافلات ذات الطرق الثابتة</p> <p><b>مؤقتة:</b> يمكنك استخدام خدمة النقل الخاصة (STS) لفترة زمنية مؤقتة، في حين يُتوقع منك أن تتحسن حالتك أو تتغير قدرتك على استخدام الحافلة</p> <p><b>عدم الأهلية:</b> تم تحديد أن لديك القدرة على استخدام خدمة الحافلات ذات الطرق الثابتة بمفردك، وبالتالي لا تستوفي الشروط</p> <p>استخدام خدمة النقل الخاصة (STS) المخصصة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. تعد عملية الاستئناف متاحة، كما سيتم توفير التعليمات ذات الصلة في رسالة عدم الأهلية التي تم توجيهها إليك.</p>	
<b>المساعدة</b>	
<p>إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في استكمال تقديم الطلب، فيرجى الاتصال بـ (877) 232-7433 @ ADARIDE. يرجى إعادة توجيه كل من النماذج المكتملة إلى العنوان:</p> <p>ADARIDE 19300 S. HAMILTON AVE SUITE #120 GARDENA, CA 90248</p> <p>أو عبر الفاكس إلى: (310) 0239-410 أو</p> <p>عبر البريد الإلكتروني إلى: <a href="mailto:info@adaride.com">info@adaride.com</a></p>	
<b>أوقات المعالجة</b>	
<p>بمجرد استلامك طلب التقديم المكتمل الخاص بك، فسنبدأ في تقييم أهليتك للحصول على خدمة النقل الخاصة (STS) المخصصة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. إذا لم تكن عملية تقديم الطلب وعملية التحقق منه وحدهما كافييتين لتأكيد أهليتك للحصول على خدمة النقل الخاصة (STS) المخصصة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، أما في حال كان الطلب غير واضح أو متضارباً أو غامضاً، فسيتم الاتصال بك فوراً لعقد اجتماع تنقل شخصي. إذا كنت غير قادر على الحصول على وسيلة نقل لحضور اجتماع التنقل الشخصية، فستوفر لك خدمة النقل الخاصة (STS) رحلة ذهاباً وإياباً إلى الموقع دون أي تكلفة عليك. مجرد استكمالك لعملية التقديم بأكملها، بما في ذلك إمكانية عقد اجتماع تنقل شخصي، فسيوفر لدينا 21 يوماً لاتخاذ القرار وإخطارك بذلك كتابياً. رقم تقديم الطلب:</p>	
<b>التفاصيل الشخصية</b>	

الاسم الأول:	الاسم الأوسط:
الكنية:	نوع الجنس:
اللغة الافتراضية المستخدمة:	نظام الاتصالات للأشخاص ذوي الاحتياجات السمعية والبصرية (TDD):
تاريخ الولادة:	مكان الولادة:
عنوان البريد الإلكتروني:	التنسيق المطلوب:
اسم المستخدم:	رقم الهاتف للاتصال خلال فترة المساء أو بعد ساعات العمل الرسمية:
رقم الهاتف للاتصال خلال فترة النهار أو ساعات العمل الرسمية:	رقم الهاتف للاتصال خلال فترة المساء أو بعد ساعات العمل الرسمية:
جوال:	

العنوان البريدي		
رقم الشارع: _____	اسم الشارع _____	رقم الشقة: _____
المدينة: _____	الولاية: _____	الرمز البريدي: _____
عنوان المنزل		
رقم الشارع: _____	اسم الشارع _____	رقم الشقة: _____
المدينة: _____	الولاية: _____	الرمز البريدي: _____
رقم تقديم الطلب: _____		
خدمة مساعد الرعاية الشخصية (Personal Care Attendant)		

1. هل أنت بحاجة للحصول على خدمة مساعد رعاية شخصية (PCAPersonal Care Attendant)؟  نعم  لا

تعني الإجابة بنعم على طلب الحصول على خدمة مساعد الرعاية الشخصية (Personal Care Attendant) أنك بحاجة إلى شخص يسافر معك لإتمام الرحلة بنجاح. لا يتم توفير خدمة مساعد الرعاية الشخصية (Personal Care Attendant) لك، بل سيتعين عليك جلب مساعد الرعاية الشخصية الخاص بك، حيث إنه يسافر معك مجانًا.

هل ساعدك شخص ما على ملء طلب التقديم هذا؟

2. هل ساعدك شخص ما على ملء طلب التقديم هذا؟  نعم  لا

الاسم الأول: \_\_\_\_\_ الكنية: \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_

علاقة القرابة: \_\_\_\_\_ تواصل مع هذا الشخص:  نعم  لا

جهة الاتصال في حالة الطوارئ

3. هل ترغب في تزويدنا بمعلومات عن جهة الاتصال المستخدمة في حالة الطوارئ؟  نعم  لا

الاسم الأول: \_\_\_\_\_ الاسم الأوسط: \_\_\_\_\_

الكنية: \_\_\_\_\_ عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف للاتصال خلال فترة النهار أو ساعات العمل الرسمية: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف للاتصال خلال فترة المساء أو بعد ساعات العمل الرسمية: \_\_\_\_\_

الجوال: \_\_\_\_\_ الصلة: \_\_\_\_\_

رقم الشارع: \_\_\_\_\_ اسم الشارع \_\_\_\_\_ رقم الشقة: \_\_\_\_\_

مدينة: \_\_\_\_\_ ولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

طلب التقديم

الحالات الصحية لدى مقدم الطلب

4. ما هي الحالة (الحالات) الصحية لديك/ الإعاقة التي تعاني منها؟

5. هل تعد إعاقة مؤقتة أو حالة صحية مؤقتة؟  نعم  لا

6. هل تتلقى حاليًا أي علاج؟  نعم  لا

7. إذا كانت الإجابة بنعم، فمتى وأنت تتلقى العلاج؟

من شهر إلى 3 أشهر  من 3 أشهر إلى 7 أشهر  من 6 أشهر إلى 9 أشهر

من 9 أشهر إلى 12 شهرًا  أكثر من سنة

8. ما هو العلاج الذي تتلقاه؟  لا شيء  علاج طبيعي  علاج كيميائي

علاج إشعاعي

غسيل كلوي

علاج نفسي

تثبيت الجسم أو المنطقة المصابة دون تحميل الوزن عليها

تثبيت المنطقة المصابة مع السماح بتحميل الوزن عليها

التدريب على السفر

برنامج إعادة تأهيل

عملية جراحية

أدوية تم توجيهها حديثاً

أدوية

فترة نقاهة

أخرى

9. يرجى قراءة البيانات التالية وتحديد البيان الذي يصف إعاقتك بشكل أفضل

يمكنني استخدام نظام النقل بمفردي وبدون مساعدة

أعتقد أنه يمكنني أن أتعلم ركوب الحافلة العامة إذا قام شخص ما بتعليمي كيفية الركوب.

بإمكانني استخدام حافلة المدينة للقيام ببعض الرحلات، ولكن ليس للبعض الآخر.

أنا أعاني من إعاقة مؤقتة وسأحتاج فقط للحصول على خدمة النقل الخاصة بنظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS) حتى أتعافى.

لست قادرًا على ركوب حافلة المدينة بمفردي

رقم تقديم الطلب:

10. هل تستخدم جهازًا للمساعدة على الحركة عند الذهاب إلى مكان ما في الوقت الراهن؟  نعم  لا

11. إذا كانت الإجابة بنعم، فاختر العبارات التي تنطبق عليك من القائمة.

كرسي متحرك يعمل بالكهرباء

عكازات

كرسي متحرك يدوي

جهاز أكسجين محمول

سكوتر

لا شيء

كرسي متحرك للأنشطة الرياضية

أخرى

سناد ووكر

لوحة اتصالات

خدمة الحيوانات المدربة

دعامات الساق

أطراف صناعية

لوحة تحتوي على صور/ حروف أبجدية

عصا اعتكاز

وسيلة نقل شخصية ذات عجلتين تعمل بالكهرباء (Segway)

عصا اعتكاز بيضاء

12. هل يبلغ عرض السكوتر/ الكرسي المتحرك الذي تستخدمه أكثر من 30 بوصة؟

نعم

لا

لا أعرف

غير محدد

13. هل يبلغ طول السكوتر/ الكرسي المتحرك الذي تستخدمه أكثر من 48 بوصة؟

نعم

لا

لا أعرف

غير محدد

14. هل يبلغ الوزن الإجمالي لك أنت وجهاز الحركة الخاص بك أكثر من 600 رطل؟

نعم

لا

لا أعرف

غير محدد

15. الوصف:

16. هل تستطيع ركوب الحافلة بمفردك وبدون مساعدة؟

نعم/ أحياناً

لا/ لا أعرف

قد يكون ذلك ممكناً، مع التدريب

الطرق الثابتة

17. إذا كان بإمكانك ركوب الحافلة بمفردك وبدون مساعدة، فيرجى تحديد الطرق الخاصة بك:

اسم وجهة

الطريق الأولى:

الطرق:

رقم الشارع:

اسم الشارع:

مدينة: \_\_\_\_\_

مع عملية النقل؟

اسم وجهة

الطريق الثاني: \_\_\_\_\_

الطرق: \_\_\_\_\_

رقم الشارع: \_\_\_\_\_ اسم الشارع: \_\_\_\_\_

مدينة: \_\_\_\_\_

مع عملية النقل؟

18. هل ستحتاج إلى تواجـد شخص ما معك لركوب حافلة متاحة يسهل الوصول إليها (مثل مساعد الرعاية الشخصية PCA)؟

نعم  لا  بعض الأحيان

لا أعرف

إذا كانت الإجابة بنعم، فُيرجى التوضيح:

19. يوفر نظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS) تدريبًا على التنقل لأولئك الذين يرغبون في تعلم ركوب الحافلات. بالإجابة بنعم على هذا السؤال، سيتواصل المسؤولون بنظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS) معك لتحديد موعد. هل أنت مهتم بتدريب التنقل؟

نعم  لا

20. هل تعاني من مشاكل سمعية تمنعك من ركوب الحافلات؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فُيرجى التوضيح:

21. هل تعاني من مشاكل بصرية تمنعك من ركوب الحافلات؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فُيرجى التوضيح:

22. هل تعاني من مشاكل في الذاكرة تمنعك من ركوب الحافلات؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فُيرجى التوضيح:

23. هل تعاني من مشاكل في التوازن تمنعك من ركوب الحافلات؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فُيرجى التوضيح:

24. هل تعاني من مشاكل في التنفس تمنعك من ركوب الحافلات؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فُيرجى التوضيح:

25. هل تواجه مشكلة في الوقوف في محطة الحافلات لمدة 15 دقيقة إذا لم يكن الجلوس ممكنًا؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فُيرجى التوضيح:

26. هل تواجه مشكلة في عدّ النقود ودفعها إلى قائد الحافلة؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فُيرجى التوضيح:



27. هل تواجه مشكلة في عبور الطريق وحدك؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فُيرجى التوضيح:

28. ما هي أبعد مسافة يمكنك سيرها على قدميك (يمكن أن يكون ذلك بمساعدة جهاز حركة أيضاً) أو بالكرسي المتحرك بدون أخذ قسط من الراحة؟

29. هل يمنعك أي من الأشياء الآتية من ركوب الحافلات؟

- البرودة  ارتفاع درجة الحرارة  المطر
- صعوبة الرؤية في الظلام أثناء الليل  الثلج  الحساسية من الضوء (الأيام المشمسة، الغائمة، وما إلى ذلك)
- عدم وجود أرصفة جانبية  عدم وجود المنحدرات المساعدة على الوصول إلى الرصيف  مسار سفر غير مستوي (طريق غير مغطى بالأسفلت، يحتوي على حفر، وما إلى ذلك.)
- تلة أو منطقة مرتفعة عن سطح الأرض  محطة حافلات غير مجهزة بالمرافق اللازمة  عدم القدرة على المشي أو الدفع بالكرسي لمسافة 50 قدمًا (منطقة واحدة)
- تلوث الهواء (ضباب دخاني، حساسية)  حالة الشخص في الأيام الجيدة والسيئة  عدم القدرة على المشي أو الدفع بالكرسي لمسافة ربع ميل (3 مناطق)
- افتقار القوة وقوة التحمل (الإرهاق المفرط)  عدم القدرة على التنقل من حافلة إلى أخرى  عدم القدرة على المشي أو الدفع بالكرسي لمسافة 4/3 ميل (9 مناطق)
- لا شيء

بتوقيعي على هذا البند، فأنا أوافق على أن يتم استخدام وكشف معلوماتي الصحية المحمية من قبل ADARide.com ونظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS)، من أجل الأغراض والأنشطة التالية ذكرها.

1) نقل المعلومات إلى مقدمي خدمات النقل والخدمات المتعلقة بالحركة

2) الإذن بالتواصل مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بي للتحقق من الإعاقة التي أعاني منها وخطة العلاج الخاصة بي لأغراض تحديد أهليتي لخدمة النقل المتخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة.

3) المعلومات المقدمة صحيحة ودقيقة بحسب أفضل معرفتي.

4) أنا أوافق على إبلاغ نظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS) عن أي تغييرات كبيرة في قدرتي على التنقل.

يقدر كل من موقع ADARide.com ونظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS) تعاونك في هذه العملية ويؤكدان لك أن معلوماتك الصحية المحمية سُئِدَار وفقاً لسياسات وإجراءات صارمة متوافقة مع قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA).

أدرك أن لدي الحق في مراجعة واستلام نسخة من نموذج الموافقة قبل التوقيع. أقر بموجبه أن المعلومات المقدمة خلال عملية التأهيل دقيقة وصحيحة بحسب أفضل معرفتي. أدرك أن أي تضليل في هذه العملية أو تقديم معلومات غير صحيحة خلال تقييمي قد يؤدي إلى رفض امتياز استخدام خدمات النقل المتخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة.

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

هل لديك أي ملاحظات أو قيود ذات صلة بالكشف عن المعلومات؟

\_\_\_\_\_

## التحقق من قبل أخصائي الرعاية الصحية

(للاستخدام المهني فقط)

يقوم العميل/ المريض الخاص بك بتقديم طلب للحصول على خدمة النقل الخاصة (STS) المخصصة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، والتي يوفرها نظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS).



ستتم حماية المعلومات المشاركة وفقاً للمتطلبات المحددة في قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA)، وقد وافق العميل/ المريض الخاص بك على السماح لنظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS) وشركة التأهيل الخاصة بها، كما سيقوم موقع ADARIDE.com بالتواصل معك للحصول على هذه المعلومات عبر طلب تقديم. نُقدر تعاونك ومساعدتك بشكل كبير. إذا كان لديك أي أسئلة أو تعليقات، فلا تتردد في الاتصال بنا على الرقم 1-877-232-7433، وعبر موقعنا الإلكتروني [www.adaride.com](http://www.adaride.com)، وعن طريق الفاكس على الرقم 0239-410-310.

أرسل هذا النموذج بشكل آمن إلى:

يرجى إعادة توجيه كل من النماذج المكتملة إلى العنوان:

ADARIDE 19300 S. HAMILTON AVE SUITE #120 GARDENA, CA 90248

أو عبر الفاكس إلى: (310) 0239-410

عبر البريد الإلكتروني إلى: [info@adaride.com](mailto:info@adaride.com)

### أخصائيو الرعاية الصحية المؤهلون لاستكمال هذا النموذج

أخصائي تأهيل

مستشار العيش المستقل

أخصائي اجتماعي/ مستشار أسري

طبيب نفسي/ طبيب أمراض عقلية

الأخصائي العلاجي/ العلاج الطبيعي/ المساعدون

الطبيب/ طبيب تقويم العظام (DO)

ممرض مسجل/ مساعد ترميز/ مساعد طبي/ معلم التربية الخاصة

الاسم الأول والكنية للعميل/ المريض:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

المعلومات المهنية الخاصة بك

الاسم الأول: \_\_\_\_\_

الاسم الأوسط: \_\_\_\_\_

الكنية: \_\_\_\_\_

الأخصائي

رقم الرخصة: \_\_\_\_\_

التخصص: \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف للاتصال خلال فترة النهار أو ساعات العمل الرسمية: \_\_\_\_\_

الهاتف الجوال: \_\_\_\_\_

العنوان

رقم الشارع: \_\_\_\_\_

اسم الشارع

رقم الشقة: \_\_\_\_\_

المدينة: \_\_\_\_\_

الولاية: \_\_\_\_\_

1. يُرجى تسجيل التشخيص الذي تعالجه لدى العميل/ المريض الخاص بك وأي تشخيص آخر قد يعاني منه العميل.

يُرجى تحديد الفئة التي تحد من قدرة العميل/ المريض الخاص بك على التنقل.

يمكنك التحقق من أكثر من فئة إذا كانت الإعاقاتان تحدان من استقلالية العميل/ المريض الخاص بك وقدرته على التنقل.

إعاقة ذهنية

إعاقة جسدية

إعاقة بصرية

إذا وقع اختيارك على إعاقة جسدية، فُيرجى اختيار الفئات:

القلب والأوعية الدموية

اضطرابات الجهاز الهضمي

اضطرابات الشيخوخة

الأمراض المعدية/ علم المناعة

اضطرابات الجهاز العصبي

أمراض الأورام وأمراض الدم

فشل عمل الأعضاء/ زراعة الأعضاء/ مرض السكري

الاضطرابات المتعلقة بالعظام والمفاصل

أخرى

اضطرابات الأطفال

اضطرابات الجهاز التنفسي

3. أي بيان يصف حالة مريضك بشكل أفضل؟

- يتلقى العلاج ويؤمل في تحسنه  حالة دائمة ولا يُتوقع تحسنها  يعد المريض في حالة متقدمة، كما يعتبر قاتلاً
- لا يجب أن تعيق الحالة الصحية للشخص قدرته على استخدام الحافلة بشكل مستقل  لا شيء مما سبق ذكره

4. التوقعات:

5. خطة العلاج مع تاريخ بدء العلاج وتاريخ الانتهاء المتوقع:

6. هل سبق لك أن رأيت أو كنت على دراية بجهاز يستخدمه المريض الخاص بك حاليًا؟

- لا شيء  عصا اعتكاز  كرسي متحرك يعمل بالطاقة
- عكازات  كرسي متحرك يدوي  سكوتر
- عصا اعتكاز بيضاء  سناد وكر  دعامات الساق
- جهاز أكسجين محمول  خدمة الحيوانات المدربة  أطراف صناعية
- أداة للمساعدة على المشي قابلة للطي

7. هل أنت على دراية بأي صعوبات ذات صلة بالتوازن يعاني منها المريض/ العميل الخاص بك؟

- نعم  لا  بعض الأحيان
- لا أعرف

إذا كانت الإجابة بنعم/ بعض الأحيان، فيُرجى التوضيح:

8. هل أنت على دراية بأي صعوبات ذات صلة بالقوة وقوة التحمل يعاني منها المريض/ العميل الخاص بك؟

- نعم  لا  بعض الأحيان
- لا أعرف

إذا كانت الإجابة بنعم/ بعض الأحيان، فيُرجى التوضيح:

9. هل تعتقد أن المريض/ العميل الخاص بك يمكنه المشي/ التنقل بشكل مستقل لمسافة 4/3 ميل (ما يقرب من 9 مناطق باستخدام وسيلة تنقل وأخذ فترات راحة قصيرة إذا لزم الأمر)؟

- نعم  لا  بعض الأحيان
- لا أعرف

إذا كانت الإجابة بنعم/ بعض الأحيان، فيُرجى التوضيح:

10. هل أنت على دراية بأي صعوبات ذات صلة بالذاكرة يعاني منها المريض/ العميل الخاص بك؟

- نعم  لا  بعض الأحيان
- لا أعرف

إذا كانت الإجابة بنعم/ بعض الأحيان، فيُرجى التوضيح:

11. هل أنت على دراية بأي صعوبات ذات صلة بعبور الطرق يعاني منها المريض/ العميل الخاص بك؟

نعم  لا  بعض الأحيان

لا أعرف

إذا كانت الإجابة بنعم/ بعض الأحيان، فيُرجى التوضيح:

12. هل لديك أي مخاوف بشأن سلامة العميل/ المريض الخاص بك عند استخدام الحافلة بمفرده (مثل نوبات الذعر، والتضاريس الوعرة، والاضطرابات الإدراكية، خطر التعرض للسقوط، وما إلى ذلك)؟

نعم  لا  بعض الأحيان

لا أعرف

إذا كانت الإجابة بنعم/ بعض الأحيان، فيُرجى التوضيح:

13. هل أنت على دراية بأي ضعف بصري قد يمثل صعوبة للعميل/ المريض الخاص بك عند استخدامه حافلة المدينة؟

نعم  لا  بعض الأحيان

لا أعرف

إذا كانت الإجابة بنعم/ بعض الأحيان، فيُرجى التوضيح:

هل أنت على دراية بوجود أي إعاقة سمعية يمكن أن تشكل صعوبة للعميل/ المريض الخاص بك عند استخدامه حافلة المدينة؟

نعم  لا  بعض الأحيان

لا أعرف

إذا كانت الإجابة بنعم/ بعض الأحيان، فيُرجى التوضيح:

15. أدرك أن الغرض من طلب التقديم هذا هو تحديد ما إذا كانت هناك أوقات يتعذر فيها على المتقدم بالطلب استخدام خدمة الحافلات العامة بنظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS)، وبالتالي فقد تكون هناك حاجة إلى الاستعانة ببرنامج النقل الخاص المقدم من نظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS)، وذلك من أجل تلبية احتياجات النقل العام. أقر أن المعلومات المذكورة في طلب التقديم هذا، حسب أفضل معرفتي، دقيقة وصحيحة بالنسبة للعميل/ المريض الخاص بي. أدرك أن تقديم معلومات زائفة قد يؤدي إلى تطبيق العقوبات المحددة بموجب القانون.

16. توقيع الأخصائي/ الاسم: \_\_\_\_\_