

# **Заявление на социальную перевозку CATS и инструкции по заполнению**

## **Что такое социальная перевозка?**

В соответствии с Законом об американцах с ограниченными возможностями (Americans with Disabilities Act, ADA), CATS предоставляет услуги социальной перевозки лицам, которые не могут пользоваться маршрутными автобусами в связи с инвалидностью (из-за нарушений зрения, физического или когнитивного расстройства). Закон ADA устанавливает право на бесплатную социальную перевозку в статье 37.123 раздела 49 Свода федеральных нормативных актов. Социальная перевозка службой CATS осуществляется по предварительному запросу, допускает совмещение заказов в рамках одной поездки и подразумевает доставку от двери до двери.

## **Запланировать поездку**

Пассажиру необходимо заранее подтвердить право на социальную перевозку от CATS. Чтобы запланировать поездку, позвоните по тел. [704-336-2637](tel:704-336-2637).

## **Что такое зона обслуживания службы социальной перевозки?**

Служба социальной перевозки контролируется законом ADA, что гарантирует выполнение всех заказов в рамках зоны обслуживания. Зона обслуживания службой социальных перевозок покрывает  $\frac{3}{4}$  мили в каждую сторону от установленного маршрута или маршрута местного автобуса. Обслуживание предоставляется в те же дни и в то же время, что и обслуживание по установленным маршрутам в данной зоне.

Вы можете получить разрешение на использование услуг службы социальных перевозок, даже если вы проживаете за пределами зоны обслуживания. Однако в таком случае точка отправления и назначения должны находиться в пределах зоны обслуживания « $\frac{3}{4}$  мили».

При изменениях обслуживания на установленном транспортном маршруте может измениться и зона обслуживания службой социальных перевозок (область в  $\frac{3}{4}$  мили, предусмотренная по закону ADA). В таком случае возможность поездок из точки отправления и назначения будет пересмотрена.

## Как определяется право на получение данной услуги?

Если из-за нарушения здоровья вы не можете пользоваться транспортом, следующим по установленному маршруту, вы можете воспользоваться правом на социальную перевозку для некоторых поездок или на постоянной основе.

## Ваше право получать данные услуги определяется тремя факторами:

1. Ваша способность добраться до автобусной остановки и от нее.
2. Ваша способность садиться в автобус и выходить из него.
3. Ваша когнитивная способность пользоваться транспортной системой с установленным маршрутом.

## Факторы, которые не учитываются при определении вашего права на обслуживание STS:

1. Возраст
2. Расстояние до автобусной остановки и от нее
3. Отсутствие транспортного обслуживания в необходимой области
4. Переполненность автобусов

---

## Заполнение заявления

Желающие подать заявление на социальную перевозку от CATS, могут получить форму заявления по почте, факсу или заполнить ее онлайн. Чтобы получить форму заявления по почте или факсу, свяжитесь со службой социальных перевозок по тел. [704-336-2637](tel:704-336-2637) (добавочный номер 3) или посетите сайт [ADA Ride](#).

Затем заполните заявление на сайте согласно инструкциям. В заявлении вам нужно будет описать свое нарушение здоровья и то, как оно влияет на вашу способность пользоваться услугами транспорта с фиксированными маршрутами CATS. Необходимо ответить на ВСЕ вопросы. Раздел профессионального подтверждения должен заполнить ваш лечащий врач. Если заявление заполнено не полностью, его вернут обратно. После заполнения заявления, вы можете направить его по почте в следующий адрес:

## Служба социальной перевозки CATS

901 North Davidson Street  
Charlotte NC 28206

Вы также можете отправить заполненное заявление по факсу 704-336-5119.

Как только служба социальной перевозки получит ваше заявление, с вами могут связаться, чтобы назначить личное собеседование и, возможно, встречу для оценки вашего состояния.

После собеседования и оценки состояния вам будет присвоен один из следующих статусов:

- лицо, имеющее право на услуги перевозки;
  - лицо, имеющее право на услуги перевозки в определенных обстоятельствах;
  - лицо, не имеющее права на услуги перевозки.
- Если право на социальную перевозку подтвердится, вам направят справку о праве на социальную перевозку CATS и соответствии всем необходимым критериям.

Кандидаты, признанные несоответствующими критериям или имеющими право на услуги перевозки только в определенных обстоятельствах, могут обжаловать оценку. Апелляции рассматривает независимая комиссия, в состав которой входит лицо с инвалидностью.

В зависимости от характера нарушения вам может потребоваться справка от специалиста по функциональной оценке, подтверждающая, что вы не можете пользоваться автобусами с фиксированными маршрутами CATS. Сотрудники CATS сообщат, если это будет необходимо. Согласно обновленному регламенту ADA служба CATS выполняет перевозку лиц с инвалидностью следующих категорий:

- Лица, которые не могут сесть, совершить поездку или покинуть автобус повышенной доступности без помощи кого-либо, помимо оператора подъемника или другого посадочного устройства.
- Лица, которые могут сесть, совершить поездку или покинуть автобус повышенной доступности, но нуждаются в перевозке в то время, когда такой автобус не используется на маршруте.
- Лица, которые имеют специфическое нарушение, которое не позволяет им добраться до автобусной остановки или обратно.

---

## Гости города (нерезиденты г. Шарлотт)

В соответствии с законом ADA служба социальных перевозок CATS предоставляет услуги перевозки всем гостям г. Шарлотт, обладающим правом на социальную перевозку по закону ADA в юрисдикции их проживания и способным предоставить документацию, подтверждающую место жительства и инвалидность, если таковая не очевидна. Статус приезжего позволяет пользоваться услугами службы социальных перевозок CATS до 21 дня за 365 дней.

Информацию можно отправить по факсу [704-336-5119](tel:704-336-5119) или по эл. почте

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

Если у вас остались вопросы, свяжитесь с отделом определения права на социальные перевозки по тел. [704-336-5055](tel:704-336-5055).



## Заявка на предоставление услуг социальной перевозки в соответствии с законом ADA

Идентификационный номер заявки:

<p>БЛАГОДАРИМ ЗА ВАШУ ЗАЯВКУ НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ СПЕЦИАЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКИ (SPECIAL TRANSPORTATION SERVICE, STS) ТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ Г. ШАРЛОТТ (CHARLOTTE AREA TRANSIT SYSTEM, CATS)</p>
<p>STS — это служба CATS, предоставляющая услуги социальной перевозки для инвалидов и пожилых людей, которые не в состоянии пользоваться общественным транспортом, следующим по установленному маршруту, по состоянию здоровья. STS оказывает услуги перевозки в микроавтобусе / совместных перевозок лицам, которые «имеют право на услуги социальной перевозки в соответствии с законом ADA». Служба STS предназначена для помощи людям, которые не могут самостоятельно передвигаться на общественном транспорте из-за физических, зрительных или когнитивных нарушений.</p>
<p><b>ВИДЫ СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПРАВА НА ДАННЫЕ УСЛУГИ</b></p>
<p><b>БЕЗУСЛОВНОЕ СООТВЕТСТВИЕ:</b> вы можете пользоваться услугами STS из-за невозможности самостоятельно пользоваться общественным транспортом, следующим по установленному маршруту. <b>УСЛОВНОЕ СООТВЕТСТВИЕ:</b> вы можете пользоваться услугами STS, когда ваше состояние в конкретный момент не позволяет вам пользоваться общественным транспортом, следующим по установленному маршруту. <b>ВРЕМЕННОЕ СООТВЕТСТВИЕ:</b> вы можете пользоваться услугами STS в течение некоторого временного периода, ожидая, что ваша способность пользоваться общественным транспортом улучшится или изменится. <b>НЕСООТВЕТСТВИЕ КРИТЕРИЯМ:</b> было установлено, что у вас есть возможность самостоятельно пользоваться общественным транспортом, следующим по установленному маршруту, и поэтому вы не имеете права на использование услуг STS. Возможна подача апелляции; инструкции для этого процесса предоставляются в письме о несоответствии требованиям.</p>
<p><b>ПОМОЩЬ</b></p>
<p>ЕСЛИ ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ С ЗАПОЛНЕНИЕМ ЗАЯВЛЕНИЯ, ОБРАТИТЕСЬ В ADARIDE ПО ТЕЛЕФОНУ (877) 232-7433. Отправьте обе заполненные формы по адресу: ADARIDE 19300 S. HAMILTON AVE SUITE #120 GARDENA, CA 90248 или на факс по номеру: (310) 410-0239, или на электронную почту <a href="mailto:info@adaride.com">info@adaride.com</a></p>
<p><b>СРОКИ ОБРАБОТКИ</b></p>
<p>После получения заполненной вами заявки мы начнем принимать решение о наличии у вас права на услуги социальной перевозки STS. Если заявление и проверка сами по себе не подтверждают право на услуги социальной перевозки STS или данные являются неясными/противоречивыми/двусмысленными, с вами немедленно свяжутся для организации очной встречи по вопросам мобильности. Если вы не можете воспользоваться транспортом для личного участия во встрече по вопросам мобильности, STS предоставит вам БЕСПЛАТНЫЙ проезд до места проведения встречи и обратно. После того как вы завершите весь процесс подачи заявки, включая возможную очную встречу по вопросам мобильности, у нас есть 21 день, чтобы принять решение и уведомить вас о нем в письменной форме. Идентификационный номер заявки:</p>
<p>Личные сведения</p>

Имя: _____	Второе имя: _____
Фамилия: _____	Пол: _____
Основной язык: _____	Номер TDD: _____
Дата рождения: _____	Место рождения: _____
Адрес эл. почты: _____	Формат: _____
Имя пользователя: _____	

Телефон для  
связи в дневное  
время:

\_\_\_\_\_

Телефон для  
связи в  
вечернее  
время:

\_\_\_\_\_

Мобильный:

\_\_\_\_\_

Почтовый адрес

№ дома: \_\_\_\_\_

Улица: \_\_\_\_\_

№ кв.: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_

Штат: \_\_\_\_\_

Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Домашний адрес

№ дома: \_\_\_\_\_

Улица: \_\_\_\_\_

№ кв.: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_

Штат: \_\_\_\_\_

Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Идентификационный номер заявки:

Работник патронажной службы

1. Вам необходима помощь работника патронажной службы?  Да  Нет

Ответ «Да» в вопросе о работнике патронажной службы (РСА) означает, что вам нужен компаньон, чтобы успешно совершать поездки. Мы не предоставляем РСА; вы должны обратиться к нему самостоятельно, и он имеет право на бесплатный проезд с вами.

Кто-нибудь помогал вам заполнить данную заявку?

2. Кто-нибудь помогал вам заполнить данную заявку?

Да  Нет

Имя: \_\_\_\_\_

Фамилия: \_\_\_\_\_

Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Кем приходится: \_\_\_\_\_

Возможность связаться с этим человеком:  Да  Нет

Контактное лицо в экстренных ситуациях

3. Вы хотите предоставить информацию о контактном лице для связи в экстренных ситуациях?  Да  Нет

Имя: \_\_\_\_\_

Второе имя: \_\_\_\_\_

Фамилия: \_\_\_\_\_

Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

Телефон для связи в дневное время: \_\_\_\_\_

Телефон для связи в вечернее время: \_\_\_\_\_

Мобильный телефон: \_\_\_\_\_

Кем приходится: \_\_\_\_\_

№ дома: \_\_\_\_\_

Улица: \_\_\_\_\_

№ кв.: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_

Штат: \_\_\_\_\_

Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Заявка

**Заболевания заявителя**

4. Какие у вас есть заболевания или ограничения возможностей? \_\_\_\_\_

5. Это временные ограничения возможностей или заболевания?

Да

Нет

6. Вы получаете какое-либо лечение в настоящее время?

Да

Нет

7. Если вы ответили «Да», как долго вы будете получать лечение?

1–3 мес.

3–6 мес.

6–9 мес.

- 9–12 мес.  Больше года

8. Какое лечение вы получаете?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ничего                                     | <input type="checkbox"/> Физиотерапия                             | <input type="checkbox"/> Химиотерапия                         |
| <input type="checkbox"/> Лучевая терапия                            | <input type="checkbox"/> Диализ                                   | <input type="checkbox"/> Психотерапия                         |
| <input type="checkbox"/> Гипсовая повязка с невозможностью нагрузки | <input type="checkbox"/> Гипсовая повязка с возможностью нагрузки | <input type="checkbox"/> Обучение передвижению                |
| <input type="checkbox"/> Программа реабилитации                     | <input type="checkbox"/> Хирургическое лечение                    | <input type="checkbox"/> Лечение новым медицинским препаратом |
| <input type="checkbox"/> Лечение медицинским препаратом             | <input type="checkbox"/> Реабилитационный период                  | <input type="checkbox"/> Другое                               |

9. Прочтите следующие утверждения и отметьте те, которые наиболее подходят для вашего состояния.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Я могу самостоятельно передвигаться на общественном транспорте                           | <input type="checkbox"/> Я считаю, что смогу самостоятельно передвигаться по городу на общественном транспорте, если кто-нибудь научит меня это делать | <input type="checkbox"/> Иногда я могу передвигаться на общественном транспорте, а иногда нет |
| <input type="checkbox"/> У меня временное ограничение возможностей, и до выздоровления мне необходимы услуги CATS | <input type="checkbox"/> Я не могу самостоятельно передвигаться на общественном транспорте   |   |

Идентификационный номер заявки:

10. В настоящее время вы используете вспомогательные средства передвижения, если отправляетесь куда-либо?  Да  Нет

11. Если вы ответили «Да», отметьте в списке, какие именно.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Инвалидное кресло с электроприводом | <input type="checkbox"/> Костыли                        |
| <input type="checkbox"/> Инвалидное кресло с ручным приводом | <input type="checkbox"/> Портативный источник кислорода |
| <input type="checkbox"/> Скутер                              | <input type="checkbox"/> Ничего                         |
| <input type="checkbox"/> Спортивное инвалидное кресло        | <input type="checkbox"/> Другое                         |
| <input type="checkbox"/> Ходунки                             | <input type="checkbox"/> Коммуникативная доска          |
| <input type="checkbox"/> Животное-поводырь                   | <input type="checkbox"/> Ортезы для ног                 |
| <input type="checkbox"/> Протез                              | <input type="checkbox"/> Доска с изображениями/буквами  |
| <input type="checkbox"/> Трость                              | <input type="checkbox"/> Сегвей                         |
| <input type="checkbox"/> Трость для слабовидящих             |   |

12. Ваш скутер или инвалидное кресло превышает ширину в 30 дюймов?

- Да  Нет  Не знаю  Нет

13. Ваш скутер или инвалидное кресло превышает длину в 48 дюймов?

- Да  Нет  Не знаю  Нет

14. Ваш общий вес вместе со средством передвижения превышает 600 фунтов?

- Да  Нет  Не знаю  Нет

15. Описание:

16. Вы пользуетесь общественным транспортом САМОСТОЯТЕЛЬНО?

- Да/иногда  Нет / не могу точно ответить  Возможно, смогу пользоваться после обучения

Конкретные маршруты

17. Если вы пользуетесь городским общественным транспортом самостоятельно, укажите ваши маршруты.

Первый  
маршрут

Пункт  
прибытия: \_\_\_\_\_

Адрес следования: \_\_\_\_\_

№ дома: \_\_\_\_\_ Улица: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_

Маршрут с пересадкой?

Второй маршрут

Пункт  
прибытия: \_\_\_\_\_

Адрес следования: \_\_\_\_\_

№ дома: \_\_\_\_\_ Улица: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_

Маршрут с пересадкой?



18. Вам необходим сопровождающий (работник патронажной службы) для поездки на автобусе, оборудованном для лиц с ограниченными возможностями?

- Да  Нет  Иногда  
 Не знаю

*Если вы ответили «Да», поясните:*

19. CATS предлагает обучение поездкам для тех, кто хочет научиться пользоваться общественным транспортом. Если вы ответите утвердительно на этот вопрос, представители CATS могут связаться с вами, чтобы назначить встречу. Вы хотели бы пройти обучение поездкам?

- Да  Нет

20. У вас есть нарушения слуха, которые мешают вам пользоваться общественным транспортом?

- Да  Нет

*Если вы ответили «Да», поясните:*

21. У вас есть нарушения зрения, которые мешают вам пользоваться общественным транспортом?

- Да  Нет

*Если вы ответили «Да», поясните:*

22. У вас есть нарушения памяти, которые мешают вам пользоваться общественным транспортом?

- Да  Нет

*Если вы ответили «Да», поясните:*

23. У вас есть нарушения равновесия, которые мешают вам пользоваться общественным транспортом?

- Да  Нет

*Если вы ответили «Да», поясните:*

24. У вас есть нарушения дыхания, которые мешают вам пользоваться общественным транспортом?

- Да  Нет

*Если вы ответили «Да», поясните:*

25. У вас могут возникнуть проблемы, если вам придется стоять 15 минут на остановке в ожидании транспорта и рядом не будет места, чтобы присесть?

- Да  Нет

*Если вы ответили «Да», поясните:*

26. У вас могут возникнуть проблемы с тем, чтобы посчитать деньги и расплатиться с водителем?

- Да  Нет

Если вы ответили «Да», поясните:

27. У вас могут возникнуть проблемы с самостоятельным переходом улицы?

Да  Нет

Если вы ответили «Да», поясните:

28. Как далеко вы можете пройти (используя вспомогательные средства передвижения) или доехать на кресле без перерывов на отдых?

29. Какие из перечисленных ниже обстоятельств удерживают вас от использования общественного транспорта?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Холод  | <input type="checkbox"/> Жара  | <input type="checkbox"/> Дождь  |
| <input type="checkbox"/> Слабое сумеречное зрение                                 | <input type="checkbox"/> Снег  | <input type="checkbox"/> Светочувствительность (солнечно, пасмурно и т. д.)               |
| <input type="checkbox"/> Отсутствие тротуаров                                     | <input type="checkbox"/> Отсутствие съездов с тротуара                                   | <input type="checkbox"/> Неровности на дороге (грунтовое покрытие, выбоины и т. д.)       |
| <input type="checkbox"/> Возвышенность  | <input type="checkbox"/> Недоступность автобусной остановки                              | <input type="checkbox"/> Невозможность пройти / проехать на кресле 50 футов (1 квартал)   |
| <input type="checkbox"/> Загрязнение воздуха (смог, наличие аллергии)             | <input type="checkbox"/> Удачный/неудачный день  | <input type="checkbox"/> Невозможность пройти / проехать на кресле 1/4 мили (3 квартала)  |
| <input type="checkbox"/> Недостаток силы и выносливости (чрезмерная утомляемость) | <input type="checkbox"/> Невозможность выполнить пересадку с одного транспорта на другой | <input type="checkbox"/> Невозможность пройти / проехать на кресле 3/4 мили (9 кварталов) |
| <input type="checkbox"/> Ничего   |  |   |

Подписывая это соглашение, я понимаю, что даю согласие ADAride.com и транспортной системе г. Шарлотт (CATS) на использование и раскрытие моей защищенной медицинской информации для указанных ниже целей и мероприятий.

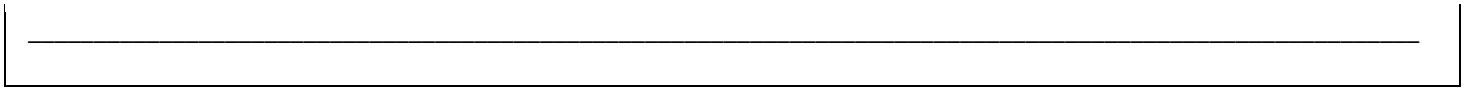
- 1) Передача информации перевозчикам и службам организации транспортировки.
- 2) Предоставление разрешения на связь с врачом для подтверждения наличия у вас нарушений здоровья и уточнения плана лечения, чтобы установить право на услуги социальной перевозки.
- 3) Насколько мне известно, предоставленная информация является правдивой и достоверной.
- 4) Я соглашаюсь информировать CATS о существенных изменениях в моей мобильности.

ADAride.com и CATS ценят ваше сотрудничество в этом процессе и заверяют, что ваша защищенная медицинская информация будет использоваться с соблюдением строгих политик и процедур, соответствующих HIPAA (Закону по обеспечению доступности и подотчетности в медицинском страховании).

Я понимаю, что перед подписанием этой формы имею право просмотреть ее содержимое и получить ее копию. Настоящим я подтверждаю, что информация, предоставленная в процессе определения права на участие, является правдивой и достоверной, насколько мне известно. Я понимаю, что искажение информации в этом процессе или предоставление недостоверной информации на этапе моей оценки может привести к отказу в праве на использование услуг социальной перевозки.

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Есть ли у вас какие-либо примечания или ограничения на предоставление информации?





## ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ОТ МЕДИЦИНСКОГО СПЕЦИАЛИСТА

(ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОЛЬКО СПЕЦИАЛИСТАМИ)

ВАШ КЛИЕНТ/ПАЦИЕНТ ПОДАЕТ ЗАЯВКУ НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ СОЦИАЛЬНОЙ ПЕРЕВОЗКИ STS ОТ CATS

Предоставленная информация будет защищена в соответствии с требованиями, указанными в Законе по обеспечению доступности и подотчетности в медицинском страховании (HIPPA), и ваш пациент/клиент дал разрешение транспортной системе г. Шарлотт и ее правомочному подрядчику, ADAride.com, связаться с вами для получения данной информации посредством заявления. Мы высоко ценим ваше сотрудничество и помощь. Если у вас есть какие-либо вопросы или дополнения, не стесняйтесь обращаться к нам по телефону 1-877-232-7433, через сайт [www.adaride.com](http://www.adaride.com) или по факсу 310-410-0239.

ОТПРАВЬТЕ ДАННУЮ ФОРМУ БЕЗОПАСНЫМ СПОСОБОМ ПО УКАЗАННОМУ АДРЕСУ

Отправьте обе ЗАПОЛНЕННЫЕ формы по адресу:  
ADARIDE 19300 S. HAMILTON AVE SUITE #120 GARDENA, CA 90248  
или с помощью факса на номер (310) 410-0239,  
или по эл. почте на адрес [info@adaride.com](mailto:info@adaride.com)

МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ, УПОЛНОМОЧЕННЫЕ НА ЗАПОЛНЕНИЕ ДАННОЙ ФОРМЫ

Специалист по реабилитации  
Консультант по самостоятельному проживанию  
Социальный работник / специалист по вопросам семьи  
Психолог/психиатр  
Эрготерапевт/физиотерапевт/ассистенты  
Врач/остеопат  
Медицинская сестра / санитар / помощник врача  
Социальный педагог

**ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА/ПАЦИЕНТА:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ваши профессиональные данные

Имя: \_\_\_\_\_ Второе имя: \_\_\_\_\_

Фамилия: \_\_\_\_\_ Номер профессиональной  
лицензии: \_\_\_\_\_

Должность: \_\_\_\_\_ Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

Телефон для связи в дневное время: \_\_\_\_\_ Мобильный телефон: \_\_\_\_\_

Адрес

№ дома: \_\_\_\_\_ Улица: \_\_\_\_\_ № кв.: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_

1. Укажите диагноз, по поводу которого к вам обратился клиент/пациент, и любой сопутствующий диагноз вашего клиента/пациента.

\_\_\_\_\_

2. Укажите, какая из следующих категорий больше всего ограничивает возможности вашего клиента/пациента.

Вы можете выбрать несколько категорий, если самостоятельность и мобильность вашего клиента/пациента ограничивают несколько нарушений здоровья.

Ментальные нарушения       Физические нарушения       Нарушения зрения

Если вы выбрали «Физические нарушения», отметьте категории:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Сердечно-сосудистые нарушения                                  | <input type="checkbox"/> Органная недостаточность / трансплантация / диабет |
| <input type="checkbox"/> Желудочно-кишечные нарушения                                   | <input type="checkbox"/> Ортопедические нарушения                           |
| <input type="checkbox"/> Гериатрические расстройства                                    | <input type="checkbox"/> Другое   |
| <input type="checkbox"/> Инфекционные заболевания или нарушения работы иммунной системы | <input type="checkbox"/> Педиатрические заболевания                         |
| <input type="checkbox"/> Неврологические нарушения                                      | <input type="checkbox"/> Легочные нарушения                                 |

Онкологическое или гематологическое заболевание

3. Какое утверждение лучше всего описывает состояние вашего пациента?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Пациент получает лечение, и есть надежда на улучшение состояния                    | <input type="checkbox"/> Состояние является постоянным без прогноза изменений | <input type="checkbox"/> Заболевание прогрессирует и состояние считается терминальным |
| <input type="checkbox"/> Состояние не должно мешать самостоятельному использованию общественного транспорта | <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного выше                        |   |

4. Прогноз:

5. План лечения с датой начала и предполагаемой датой завершения:

6. Вы знаете о средстве передвижения, которое в настоящее время использует ваш клиент/пациент, или назначали его?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ничего                         | <input type="checkbox"/> Трость                              | <input type="checkbox"/> Инвалидное кресло с электроприводом |
| <input type="checkbox"/> Костыли                        | <input type="checkbox"/> Инвалидное кресло с ручным приводом | <input type="checkbox"/> Скутер                              |
| <input type="checkbox"/> Трость для слабовидящих        | <input type="checkbox"/> Ходунки                             | <input type="checkbox"/> Ортезы для ног                      |
| <input type="checkbox"/> Портативный источник кислорода | <input type="checkbox"/> Животное-поводырь                   | <input type="checkbox"/> Протез                              |
| <input type="checkbox"/> Складные ходунки               |  |  |

7. Испытывает ли ваш клиент/пациент трудности с удержанием равновесия?

- |                                  |                              |                                 |
|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Да      | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Иногда |
| <input type="checkbox"/> Не знаю |                              |                                 |

Если вы ответили «Да» или «Иногда», опишите подробнее:

8. Испытывает ли ваш клиент/пациент трудности в связи с недостатком силы и выносливости?

- |                                  |                              |                                 |
|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Да      | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Иногда |
| <input type="checkbox"/> Не знаю |                              |                                 |

Если вы ответили «Да» или «Иногда», опишите подробнее:

9. Как вы думаете, может ли ваш пациент/клиент самостоятельно преодолеть 3/4 мили (около 9 кварталов со средством передвижения и короткими периодами отдыха по необходимости)?

- |                                  |                              |                                 |
|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Да      | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Иногда |
| <input type="checkbox"/> Не знаю |                              |                                 |

Если вы ответили «Да» или «Иногда», опишите подробнее:

10. Испытывает ли ваш клиент/пациент трудности с памятью?

- |                                  |                              |                                 |
|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Да      | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Иногда |
| <input type="checkbox"/> Не знаю |                              |                                 |

Если вы ответили «Да» или «Иногда», опишите подробнее:



11. Испытывает ли ваш клиент/пациент трудности с переходом через дорогу?

- Да  Нет  Иногда  
 Не знаю

*Если вы ответили «Да» или «Иногда», опишите подробнее:*

12. Есть ли у вас какие-либо опасения по поводу безопасности вашего клиента/пациента при самостоятельном использовании общественного транспорта (например, риск панических атак, сложности с подъемом на возвышенность, когнитивные нарушения, риск падения и т. д.)

- Да  Нет  Иногда  
 Не знаю

*Если вы ответили «Да» или «Иногда», опишите подробнее:*

13. Известно ли вам о каких-либо нарушениях зрения, которые могут вызвать затруднения у вашего клиента/пациента при использовании городского общественного транспорта?

- Да  Нет  Иногда  
 Не знаю

*Если вы ответили «Да» или «Иногда», опишите подробнее:*

14. Известно ли вам о каких-либо нарушениях слуха, которые могут вызвать затруднения у вашего клиента/пациента при использовании городского общественного транспорта?

- Да  Нет  Иногда  
 Не знаю

*Если вы ответили «Да» или «Иногда», опишите подробнее:*

15. Я понимаю, что цель этого заявления состоит в том, чтобы определить, бывают ли случаи, когда заявитель не может пользоваться городским автобусным сообщением транспортной системы г. Шарлотт и, следовательно, ему могут потребоваться услуги по программе специальной транспортировки CATS для покрытия потребности в использовании общественного транспорта. Я подтверждаю, что, насколько мне известно, информация в отношении моего клиента/пациента, содержащаяся в данном заявлении, является правдивой и достоверной. Я понимаю, что предоставление ложной информации может повлечь за собой наказание в соответствии с законом.

16. ПОДПИСЬ/ИМЯ СПЕЦИАЛИСТА: \_\_\_\_\_