

Đăng ký & Hướng dẫn Dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật của CATS (CATS Paratransit)

Dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật là gì?

Theo Đạo luật Người khuyết tật Hoa Kỳ (ADA), CATS cung cấp các dịch vụ vận chuyển người khuyết tật cho các cá nhân bị khuyết tật (thể chất, nhận thức, hoặc thị giác), không thể tiếp cận xe buýt tuyến cố định. ADA xác định tiêu chuẩn cho dịch vụ vận chuyển người khuyết tật miễn phí trong 49 CFR Mục 37.123 của các quy định liên bang. Dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật của CATS là một dịch vụ được lên lịch trước, có đi chung với người khác, từ điểm xuất phát đến điểm đến.

Lên lịch chuyến đi của tôi

Hành khách phải được chứng nhận để sử dụng Dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật CATS. Hãy gọi [704.336.2637](tel:704.336.2637) để lên lịch cho chuyến đi của quý vị.

Khu vực Dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật là gì?

Dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật hoạt động theo đạo luật ADA, là luật đảm bảo mọi chuyến đi trong khu vực dịch vụ của hệ thống này. Khu vực dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật được định nghĩa là khu vực được mở rộng thêm tối đa $\frac{3}{4}$ dặm hai bên tuyến xe buýt cố định hoặc tuyến xe buýt địa phương hiện có. Dịch vụ được cung cấp vào cùng ngày, giờ với các tuyến đường cố định trong khu vực dịch vụ.

Quý vị có thể được cấp Dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật ngay cả khi quý vị không cư trú trong khu vực dịch vụ. Trong trường hợp đó, quý vị sẽ phải đón và xuống xe buýt tại một địa điểm nằm trong khoảng cách $\frac{3}{4}$ dặm của khu vực dịch vụ.

Khi CATS thay đổi mức dịch vụ đối với xe buýt tuyến cố định, khu vực dịch vụ $\frac{3}{4}$ dặm cho hành khách ADA cũng có thể bị ảnh hưởng. Những thay đổi này có thể ảnh hưởng đến khả năng quý vị có thể nhận các dịch vụ của chúng tôi từ nơi cư trú của quý vị hoặc đến một địa điểm trả khách mà quý vị mong muốn.

Tiêu chuẩn được xác định như thế nào?

Nếu tình trạng khuyết tật khiến quý vị không thể đi xe buýt tuyến cố định, một số hoặc tất cả các chuyến đi có thể đủ tiêu chuẩn cho Dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật.

Tính đủ tiêu chuẩn được xác định dựa trên ba yếu tố:

1. Khả năng đi đến và đi từ trạm xe buýt
2. Khả năng lên xuống xe buýt
3. Khả năng nhận thức để điều hướng hệ thống xe buýt tuyến cố định của quý vị

Các vấn đề về vận hành không được cân nhắc khi xác định tính đủ tiêu chuẩn cho STS bao gồm:

1. Tuổi tác
2. Khoảng cách giữa nơi cư trú và trạm xe buýt
3. Thiếu dịch vụ xe buýt trong khu vực
4. Xe buýt quá tải

Hoàn thành đơn đăng ký của quý vị

Những cá nhân quan tâm đến việc đăng ký Dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật CATS có thể nhận đơn đăng ký qua thư, fax hoặc hoàn thành trực tuyến. Để nhận đơn đăng ký qua thư hoặc fax, hãy liên hệ với Dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật theo số 704.336.2637 và chọn tùy chọn 3 hoặc truy cập ADA Ride.

và làm theo các hướng dẫn để hoàn thành trực tuyến đơn đăng ký của quý vị. Trong đơn đăng ký của mình, quý vị sẽ cần mô tả tình trạng khuyết tật và tình trạng này ảnh hưởng như thế nào đến khả năng sử dụng dịch vụ tuyến cố định CATS của quý vị. Vui lòng đảm bảo quý vị đã trả lời TẤT CẢ các câu hỏi và phần xác minh chuyên môn được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị thực hiện. Nếu đơn của quý vị chưa được điền đầy đủ, chúng tôi sẽ gửi trả lại. Sau khi quý vị điền hết đơn này, quý vị có thể gửi đơn qua bưu điện đến:

Dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật CATS

901 North Davidson Street
Charlotte NC 28206

Quý vị cũng có thể gửi fax đơn đăng ký đã điền đầy đủ tới: 704.336.5119.

Sau khi Dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật nhận được đơn đăng ký của quý vị, quý vị có thể được liên hệ để sắp xếp một cuộc phỏng vấn trực tiếp và có thể là một cuộc hẹn đánh giá chức năng.

Khi cuộc phỏng vấn và đánh giá của quý vị hoàn tất thì quý vị sẽ được coi là:

- Đủ tiêu chuẩn để đi xe
- Hoặc đủ tiêu chuẩn có điều kiện
- Hoặc không đủ tiêu chuẩn để đi xe

Những người được coi là đủ tiêu chuẩn sử dụng Dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật sẽ được gửi một lá thư xác nhận nêu rõ chứng nhận và việc đủ tiêu chuẩn sử dụng dịch vụ Dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật CATS.

Các đương đơn được xác định là không đủ tiêu chuẩn hoặc đủ tiêu chuẩn có điều kiện thể kháng cáo đánh giá của họ. Một hội đồng độc lập đã được thành lập để xét xử các kháng cáo và hội đồng này có bao gồm một người khuyết tật.

Tùy thuộc vào bản chất tình trạng khuyết tật của quý vị mà quý vị có thể phải được một chuyên gia đánh giá chức năng chứng nhận rằng quý vị không thể sử dụng xe buýt tuyến cố định của CATS. Nhân viên CATS sẽ cho quý vị biết nếu đánh giá này là bắt buộc. Các quy định mới của ADA yêu cầu CATS vận chuyển những người khuyết tật:

- Không thể lên, đi hoặc xuống xe buýt dành cho người khuyết tật mà không có sự trợ giúp của người khác ngoài người điều khiển thang máy hoặc thiết bị lên xe khác
- Có thể lên, đi và xuống xe buýt dành cho người khuyết tật, nhưng yêu cầu phương tiện di chuyển trong thời gian xe buýt đó không được sử dụng trên tuyến đường
- Có một tình trạng khiếm khuyết cụ thể khiến họ không thể đi đến hoặc đi từ trạm xe buýt

Du khách (Không phải là cư dân của Charlotte)

Dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật CATS, theo quy định của ADA, sẽ cung cấp dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật cho bất kỳ du khách nào ở Charlotte đã được chứng nhận là đủ tiêu chuẩn sử dụng dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật của ADA tại khu vực pháp lý nơi họ cư trú hoặc tài liệu về nơi cư trú và tình trạng khuyết tật nếu tình trạng khuyết tật không rõ ràng. Tư cách du khách cho phép sử dụng dịch vụ Dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật CATS trong tối đa 21 ngày trong bất kỳ khoảng thời gian 365 ngày nào.

Quý vị có thể gửi fax thông tin này đến [\(704\) 336-5119](tel:7043365119) hoặc gửi email đến CATSADAeligibility@charlottenc.gov

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ với văn phòng chứng nhận và tiêu chuẩn sử dụng Dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật theo số 704.336.5055.



Đơn đăng ký Dịch vụ Vận chuyển cho người khuyết tật theo đạo luật ADA

ID đơn đăng ký:

CẢM ƠN QUÝ VỊ ĐÃ ĐĂNG KÝ DỊCH VỤ VẬN CHUYỂN ĐẶC BIỆT (STS) CỦA HỆ THỐNG GIAO THÔNG CÔNG CỘNG KHU VỰC CHARLOTTE (CATS).	
STS là các dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật mà CATS cung cấp cho những ai không đủ khả năng đi các xe buýt chạy theo tuyến cố định vì bị khuyết tật. STS cung cấp dịch vụ vận chuyển bằng xe tải/xe đi chung cho những người được xác định là "đủ tiêu chuẩn nhận dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật theo đạo luật ADA". STS nhằm hỗ trợ các cá nhân không thể tự đi xe buýt bởi một khuyết tật về thể chất, thị giác, hoặc nhận thức.	
TÍNH ĐỦ TIÊU CHUẨN	
VÔ ĐIỀU KIỆN: Quý vị có thể sử dụng STS bởi không có khả năng tự sử dụng xe buýt tuyến cố định. CÓ ĐIỀU KIỆN: Quý vị có thể sử dụng STS khi "tình trạng" cụ thể của quý vị khiến quý vị không thể sử dụng xe buýt tuyến cố định TẠM THỜI: Quý vị có thể sử dụng STS trong một khoảng thời gian tạm thời cho đến khi khả năng sử dụng xe buýt của quý vị được cải thiện hay thay đổi KHÔNG ĐỦ TIÊU CHUẨN: Quý vị đã được xác định là có khả năng tự sử dụng một xe buýt tuyến cố định và do đó không đủ tiêu chuẩn sử dụng dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật STS. Quý vị có thể tiến hành quy trình kháng cáo, và các hướng dẫn đều được cung cấp trong thư thông báo không đủ tiêu chuẩn.	
TRỢ GIÚP	
NẾU QUÝ VỊ CẦN HỖ TRỢ ĐỂ HOÀN TẤT ĐƠN ĐĂNG KÝ, HÃY LIÊN HỆ VỚI ADARIDE @ (877) 232-7433. Vui lòng chuyển tiếp cả hai biểu mẫu đã hoàn tất đến: ADARIDE 19300 S. HAMILTON AVE SUITE #120 GARDENA, CA 90248 hoặc gửi FAX đến: (310) 410-0239 hoặc Gửi email đến: info@adaride.com	
THỜI GIAN XỬ LÝ	
Sau khi chúng tôi tiếp nhận đơn đăng ký đã hoàn tất của quý vị, chúng tôi sẽ bắt đầu xác định tiêu chuẩn sử dụng dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật STS của quý vị. Nếu đơn đăng ký và quá trình xác minh vẫn chưa thiết lập được tiêu chuẩn sử dụng dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật STS, hoặc kết quả chưa rõ ràng / mâu thuẫn / không xác định, quý vị sẽ được liên hệ ngay lập tức để sắp xếp một cuộc Hội thảo lưu động trực tiếp. Nếu quý vị không thể thu xếp việc vận chuyển để tham dự Hội thảo lưu động trực tiếp, STS sẽ cung cấp một chuyến đi đến và từ địa điểm này MIỄN PHÍ cho quý vị. Sau khi quý vị đã hoàn tất toàn bộ quy trình đăng ký, bao gồm một Hội thảo lưu động trực tiếp (nếu có), chúng tôi sẽ có 21 ngày để xác định và thông báo cho quý vị bằng văn bản. ID đơn đăng ký:	
Dữ liệu cá nhân	
Tên: _____	Tên đệm: _____
Họ: _____	Giới tính: _____
Ngôn ngữ mặc định _____	TDD: _____
Ngày sinh: _____	Nơi sinh: _____
Địa chỉ email: _____	Định dạng: _____
Tên người dùng: _____	
Số điện thoại ban ngày: _____	Số điện thoại buổi tối: _____
Di động: _____	
Địa chỉ nhận thư	

# trên đường phố: _____	Đường phố: _____	# căn hộ: _____
Thành phố: _____	Tiểu bang: _____	Mã bưu chính: _____
Địa chỉ nhà		
# trên đường phố: _____	Đường phố: _____	# căn hộ: _____
Thành phố: _____	Tiểu bang: _____	Mã bưu chính: _____
ID đơn đăng ký:		
Người chăm sóc cá nhân		

1. Quý vị có cần một Người chăm sóc cá nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Việc tích có cho Người chăm sóc cá nhân (PCA) có nghĩa quý vị cần một người đi cùng để có thể hoàn thành chuyến xe một cách thuận lợi. Chúng tôi không cung cấp PCA cho quý vị, quý vị có trách nhiệm chuẩn bị PCA và họ sẽ đi xe miễn phí.
Liệu đã có ai giúp quý vị điền vào đơn đăng ký này?

2. Liệu đã có ai giúp quý vị điền vào đơn đăng ký này? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Tên: _____	Họ: _____
Địa chỉ email: _____	Điện thoại: _____
Mối quan hệ: _____	Liên hệ với người này: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Liên hệ khẩn cấp	

3. Quý vị có muốn cung cấp thông tin liên hệ khẩn cấp của mình không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Tên: _____	Tên đệm: _____	
Họ: _____	Địa chỉ email: _____	
Số điện thoại ban ngày: _____	Số điện thoại buổi tối: _____	
Số điện thoại di động: _____	Mối quan hệ: _____	
# trên đường phố: _____	Đường phố: _____	# căn hộ: _____
Thành phố: _____	Tiểu bang: _____	Mã Zip: _____
Đơn đăng ký		
Tình trạng y tế của đương đơn		

4. (Các) tình trạng y tế / khuyết tật của quý vị? _____

5. Đây có phải là một khuyết tật hay tình trạng sức khỏe tạm thời hay không?
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
6. Quý vị có đang được điều trị không?
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
7. Nếu có, quý vị sẽ được điều trị trong bao lâu?
<input type="checkbox"/> 1 - 3 tháng <input type="checkbox"/> 3 - 6 tháng <input type="checkbox"/> 6 - 9 tháng
<input type="checkbox"/> 9 - 12 tháng <input type="checkbox"/> Hơn 1 năm
8. Quý vị đang nhận dịch vụ điều trị gì?
<input type="checkbox"/> Không có <input type="checkbox"/> Vật lý trị liệu <input type="checkbox"/> Hóa trị liệu
<input type="checkbox"/> Xạ trị <input type="checkbox"/> Thẩm tách <input type="checkbox"/> Tâm lý trị liệu
<input type="checkbox"/> Cố định không chịu tải trọng lượng <input type="checkbox"/> Cố định có chịu tải trọng lượng <input type="checkbox"/> Tập huấn đi tàu xe
<input type="checkbox"/> Chương trình phục hồi chức năng <input type="checkbox"/> Phẫu thuật <input type="checkbox"/> Thuốc mới

Thuốc Thời kỳ dưỡng bệnh Khác

9. Vui lòng đọc các tuyên bố sau và tích vào một ô mô tả tốt nhất về khuyết tật của quý vị

- Tôi có thể tự mình sử dụng hệ thống vận chuyển công cộng Tôi tin rằng mình có thể học cách sử dụng xe buýt thành phố nếu ai đó dạy tôi cách sử dụng. Tôi có thể sử dụng xe buýt thành phố cho một số chuyến đi nhất định, nhưng các chuyến khác thì không.
- Tôi có một khuyết tật tạm thời và sẽ chỉ cần CATS cho đến khi tôi phục hồi. Tôi không thể tự mình đi xe buýt thành phố

ID đơn đăng ký:

10. Quý vị hiện đang sử dụng một thiết bị hỗ trợ di chuyển khi đi đây đi đó? Có Không

11. Nếu có, hãy tích vào mục phù hợp trong danh sách.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Xe lăn có động cơ/điện | <input type="checkbox"/> Nặng |
| <input type="checkbox"/> Xe lăn tay | <input type="checkbox"/> Ôxy lưu động |
| <input type="checkbox"/> Xe scooter | <input type="checkbox"/> Không có |
| <input type="checkbox"/> Xe lăn thể thao | <input type="checkbox"/> Khác |
| <input type="checkbox"/> Khung tập đi | <input type="checkbox"/> Bảng giao tiếp |
| <input type="checkbox"/> Động vật hỗ trợ | <input type="checkbox"/> Nẹp chân |
| <input type="checkbox"/> Chi giả | <input type="checkbox"/> Bảng ảnh/chữ cái |
| <input type="checkbox"/> Gậy | <input type="checkbox"/> Segway |
| <input type="checkbox"/> Gậy trắng | |

12. Scooter/xe lăn của quý vị có rộng hơn 30"?

- Có Không Tôi không biết Không có

13. Scooter/xe lăn của quý vị có dài hơn 48"?

- Có Không Tôi không biết Không có

14. Tổng trọng lượng của quý vị và thiết bị hỗ trợ di chuyển của quý vị có nặng hơn 600 lbs?

- Có Không Tôi không biết Không có

15. Mô tả:

16. Quý vị có TỰ MÌNH sử dụng xe buýt?

- Có/Đôi khi Không/Không biết Có thể, khi được tập huấn

Các tuyến cố định

17. Nếu quý vị tự mình sử dụng xe buýt, hãy nêu rõ tuyến của quý vị:

Tên điểm đến của tuyến đầu tiên: _____

Tuyến: _____

trên đường phố: _____ Đường phố: _____

Thành phố: _____

- Có nối chuyến?

Tuyến thứ hai

Tên điểm
đến: _____

Tuyến: _____

trên đường phố: _____ Đường phố: _____

Thành phố: _____

Có nối chuyển?

18. Quý vị có cần một ai đó đi cùng mình (Người chăm sóc cá nhân) khi đi một xe buýt hỗ trợ người khuyết tật hay không?

- Có Không Đôi khi
 Không biết

Nếu quý vị đã chọn có, vui lòng giải thích:

19. CATS cung cấp tập huấn đi tàu xe cho những người muốn biết cách để sử dụng xe buýt. Thông qua việc trả lời có cho câu hỏi này, CATS có thể liên hệ với quý vị để xếp lịch cho một cuộc hẹn. Quý vị có quan tâm đến việc tập huấn đi tàu xe?

- Có Không

20. Quý vị có vấn đề về thính giác có thể ngăn quý vị sử dụng xe buýt?

- Có Không

Nếu quý vị đã chọn có, vui lòng giải thích:

21. Quý vị có vấn đề về thị giác có thể ngăn quý vị sử dụng xe buýt?

- Có Không

Nếu quý vị đã chọn có, vui lòng giải thích:

22. Quý vị có vấn đề về trí nhớ có thể ngăn quý vị sử dụng xe buýt?

- Có Không

Nếu quý vị đã chọn có, vui lòng giải thích:

23. Quý vị có vấn đề về thăng bằng có thể ngăn quý vị sử dụng xe buýt?

- Có Không

Nếu quý vị đã chọn có, vui lòng giải thích:

24. Quý vị có vấn đề về hô hấp có thể ngăn quý vị sử dụng xe buýt?

- Có Không

Nếu quý vị đã chọn có, vui lòng giải thích:

25. Quý vị có vấn đề khi phải đứng 15 phút ở một trạm xe buýt nếu không có nơi nào để ngồi?

- Có Không

Nếu quý vị đã chọn có, vui lòng giải thích:

26. Quý vị có vấn đề với việc đếm tiền và thanh toán cho tài xế xe buýt?

- Có Không

Nếu quý vị đã chọn có, vui lòng giải thích:

27. Quý vị có vấn đề với việc tự mình sang đường?

Có Không

Nếu quý vị đã chọn có, vui lòng giải thích:

28. Quý vị có thể đi bộ (sử dụng thiết bị hỗ trợ di chuyển nếu phù hợp) hoặc đi thiết bị hỗ trợ di chuyển bao xa mà không cần nghỉ ngơi?

29. Bất kỳ vấn đề nào sau đây có thể ngăn quý vị sử dụng xe buýt?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lạnh | <input type="checkbox"/> Nóng | <input type="checkbox"/> Mưa |
| <input type="checkbox"/> Mùi vào ban đêm | <input type="checkbox"/> Tuyết | <input type="checkbox"/> Nhạy cảm với ánh sáng (trời nắng, âm u, v.v.) |
| <input type="checkbox"/> Thiếu vỉa hè | <input type="checkbox"/> Thiếu lối lên xuống vỉa hè | <input type="checkbox"/> Đường đi không bằng phẳng (đường đất, ổ gà, v.v.) |
| <input type="checkbox"/> Đồi núi | <input type="checkbox"/> Trạm xe buýt không hỗ trợ người khuyết tật | <input type="checkbox"/> không thể đi bộ/đi thiết bị hỗ trợ di chuyển 50 feet (1 khối nhà) |
| <input type="checkbox"/> Ô nhiễm không khí (sương khói, dị ứng) | <input type="checkbox"/> Ngày tốt/ngày xấu | <input type="checkbox"/> Không thể đi bộ/đi thiết bị hỗ trợ di chuyển 1/4 dặm (3 khối nhà) |
| <input type="checkbox"/> Thiếu sức khỏe và sức bền (rất mệt) | <input type="checkbox"/> Không thể chuyển xe buýt | <input type="checkbox"/> Không thể đi bộ/đi thiết bị hỗ trợ di chuyển 3/4 dặm (9 khối nhà) |
| <input type="checkbox"/> Không có | | |

Khi ký vào điều khoản này, tôi hiểu rằng mình đang cho phép ADAride.com và Hệ thống Giao thông công cộng Khu vực Charlotte (CATS) sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi vì các mục đích và hoạt động sau.

- 1) Chuyển thông tin cho các nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển và dịch vụ hỗ trợ di chuyển
- 2) Cho phép liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để xác minh tình trạng khuyết tật và kế hoạch điều trị vì các mục đích xác định tiêu chuẩn sử dụng dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật.
- 3) Thông tin được cung cấp là đúng và chính xác theo hiểu biết của tôi.
- 4) Tôi đồng ý thông báo với CATS nếu có thay đổi đáng kể về khả năng di chuyển của mình.

ADAride.com và CATS trân trọng sự hỗ trợ của quý vị trong quy trình này và đảm bảo với quý vị rằng thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị sẽ được quản lý thông qua các chính sách và thủ tục Tuân thủ HIPAA (Đạo luật về Trách nhiệm giải trình và cung cấp thông tin bảo hiểm y tế) một cách nghiêm ngặt.

Tôi thừa nhận rằng mình có quyền xem lại và nhận một bản sao của biểu mẫu đồng ý này trước khi ký kết. Sau đây, tôi xác nhận rằng thông tin được cung cấp trong quy trình xác định tiêu chuẩn là đúng và chính xác theo hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng việc trình bày sai sự thật trong quy trình này hoặc trong quá trình đánh giá có thể dẫn đến việc từ chối đặc quyền sử dụng các dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Quý vị có bất kỳ ghi chú hoặc hạn chế nào về việc công bố hay không?



XÁC MINH CỦA CHUYÊN GIA Y TẾ

(CHỈ NHẪM MỤC ĐÍCH SỬ DỤNG CHUYÊN MÔN)

KHÁCH HÀNG / BỆNH NHÂN CỦA BẠN ĐANG ĐĂNG KÝ DỊCH VỤ VẬN CHUYỂN CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT CATS STS

Thông tin được chia sẻ sẽ được bảo vệ theo các yêu cầu được xác định trong Đạo luật về Trách nhiệm giải trình và cung cấp thông tin bảo hiểm y tế (HIPAA) và bệnh nhân/khách hàng của quý vị đã đồng ý cho phép Hệ thống Giao thông công cộng Khu vực Charlotte và nhà thầu đủ tiêu chuẩn của họ, ADARide.com, liên hệ với quý vị để nhận thông tin này qua đơn đăng ký. Sự hợp tác và hỗ trợ của quý vị rất được trân trọng. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi hoặc bình luận nào, vui lòng liên hệ với chúng tôi @ 1-877-232-7433, www.adaride.com, và số fax @ 310-410-0239.

GỬI BIỂU MẪU NÀY MỘT CÁCH BẢO MẬT ĐẾN:

Vui lòng chuyển tiếp cả hai biểu mẫu ĐÃ HOÀN TẤT đến:
ADARIDE 19300 S. HAMILTON AVE SUITE #120 GARDENA, CA 90248
hoặc gửi FAX đến: (310) 410-0239
hoặc gửi email đến: info@adaride.com

CÁC CHUYÊN GIA Y TẾ ĐỦ TIÊU CHUẨN ĐỂ HOÀN TẤT BIỂU MẪU NÀY

Chuyên gia về phục hồi chức năng
Cố vấn về sống độc lập
Nhân viên tư vấn xã hội / Cố vấn gia đình
Bác sĩ tâm lý / Bác sĩ tâm thần
Bác sĩ/Trợ lý hoạt động trị liệu / vật lý trị liệu
Bác sĩ y khoa / DO
Điều dưỡng được đăng ký / Trợ lý điều dưỡng / Giáo viên
Giáo dục đặc biệt hỗ trợ y tế

HỌ TÊN CỦA KHÁCH HÀNG / BỆNH NHÂN:

Thông tin chuyên môn của quý vị

Tên: _____ Tên đệm: _____
Họ: _____ Chuyên môn _____
Giấy phép #: _____
Nghề nghiệp: _____ Địa chỉ email: _____
Số điện thoại ban ngày: _____ Điện thoại di động: _____
Địa chỉ _____
trên đường phố: _____ Đường phố: _____ # căn hộ: _____
Thành phố: _____ Tiểu bang: _____

1. Vui lòng liệt kê chẩn đoán mà quý vị đang điều trị khách hàng / bệnh nhân của mình và mọi chẩn đoán khác mà khách hàng của quý vị có thể có

2. Vui lòng chỉ rõ danh mục nào trong danh mục dưới đây hạn chế khách hàng / bệnh nhân của quý vị nhất.
Quý vị có thể tích nhiều hơn một danh mục nếu cả hai khuyết tật đều giới hạn khả năng tự lập và di chuyển của khách hàng / bệnh nhân của quý vị.

Trí tuệ Thể chất Thị giác

Nếu quý vị đã chọn **Thể chất**, vui lòng chọn danh mục:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tim mạch | <input type="checkbox"/> Suy tạng / ghép tạng / tiểu đường |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn tiêu hóa | <input type="checkbox"/> Tình trạng chỉnh hình |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn lão khoa | <input type="checkbox"/> Khác |
| <input type="checkbox"/> Bệnh truyền nhiễm / miễn dịch học | <input type="checkbox"/> Rối loạn nhi khoa |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn thần kinh | <input type="checkbox"/> Rối loạn phổi |
| <input type="checkbox"/> Ung thư và huyết học | |

3. Tuyên bố nào mô tả rõ nhất về tình trạng của bệnh nhân?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Đang được điều trị và có hy vọng cải thiện | <input type="checkbox"/> Tình trạng vĩnh viễn và không có Kỳ vọng thay đổi | <input type="checkbox"/> Bệnh ở giai đoạn muộn và được coi là giai đoạn cuối |
| <input type="checkbox"/> Tình trạng không can thiệp vào việc Tự sử dụng xe buýt | <input type="checkbox"/> Không có tuyên bố nào nêu trên | |

4. Tiên lượng bệnh:

5. Kế hoạch điều trị với ngày bắt đầu và ngày dự kiến hoàn tất:

6. Quý vị đã bao giờ kê đơn hoặc biết về một thiết bị mà khách hàng / bệnh nhân của quý vị đang sử dụng?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Không có | <input type="checkbox"/> Gậy | <input type="checkbox"/> Xe lăn có động cơ |
| <input type="checkbox"/> Nạng | <input type="checkbox"/> Xe lăn tay | <input type="checkbox"/> Xe scooter |
| <input type="checkbox"/> Gậy trắng | <input type="checkbox"/> Khung tập đi | <input type="checkbox"/> Nẹp chân |
| <input type="checkbox"/> Ôxy lưu động | <input type="checkbox"/> Động vật hỗ trợ | <input type="checkbox"/> Chi giả |
| <input type="checkbox"/> Khung tập đi gấp được | | |

7. Quý vị có biết về bất kỳ thách thức nào mà khách hàng / bệnh nhân có thể có với khả năng thăng bằng?

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Đôi khi |
| <input type="checkbox"/> Không biết | | |

Nếu quý vị đã chọn Có/đôi lúc, vui lòng giải thích:

8. Quý vị có biết về bất kỳ thách thức nào mà khách hàng / bệnh nhân có thể có với sức khỏe và sức bền?

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Đôi khi |
| <input type="checkbox"/> Không biết | | |

Nếu quý vị đã chọn Có/đôi lúc, vui lòng giải thích:

9. Quý vị có nghĩ rằng bệnh nhân/khách hàng của mình có thể tự đi lại / đi thiết bị hỗ trợ di chuyển 3/4 dặm (khoảng 9 khối nhà với một thiết bị hỗ trợ di chuyển và khoảng thời gian nghỉ ngắn nếu cần)?

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Đôi khi |
| <input type="checkbox"/> Không biết | | |

Nếu quý vị đã chọn Có/đôi lúc, vui lòng giải thích:

10. Quý vị có biết về bất kỳ thách thức nào mà khách hàng / bệnh nhân có thể có với trí nhớ?

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Đôi khi |
| <input type="checkbox"/> Không biết | | |

Nếu quý vị đã chọn Có/đôi lúc, vui lòng giải thích:

11. Quý vị có biết về bất kỳ thách thức nào mà khách hàng / bệnh nhân có thể khi đi sang đường?

- Có Không Đôi khi
 Không biết

Nếu quý vị đã chọn Có/đôi lúc, vui lòng giải thích:

12. Quý vị có bất kỳ lo ngại về an toàn nào cho khách hàng / bệnh nhân của mình khi tự sử dụng xe buýt (ví dụ: hoảng loạn, đòi hỏi, khiếm khuyết về nhận thức, nguy cơ ngã, v.v.)

- Có Không Đôi khi
 Không biết

Nếu quý vị đã chọn Có/đôi lúc, vui lòng giải thích:

13. Quý vị có biết về bất kỳ khiếm khuyết thị giác nào có thể thách thức khách hàng / bệnh nhân của mình khi sử dụng xe buýt thành phố?

- Có Không Đôi khi
 Không biết

Nếu quý vị đã chọn Có/đôi lúc, vui lòng giải thích:

14. Quý vị có biết về bất kỳ khiếm khuyết thính giác nào có thể thách thức khách hàng / bệnh nhân của mình khi sử dụng xe buýt thành phố?

- Có Không Đôi khi
 Không biết

Nếu quý vị đã chọn Có/đôi lúc, vui lòng giải thích:

15. Tôi hiểu mục đích của đơn đăng ký này là nhằm xác định liệu có những thời điểm nào mà đương đơn không thể sử dụng dịch vụ xe buýt thành phố của Hệ thống Giao thông công cộng Khu vực Charlotte và do đó sẽ cần chương trình Phương tiện di chuyển đặc biệt CATS để đáp ứng các nhu cầu về phương tiện vận chuyển công cộng. Tôi xác nhận rằng, theo hiểu biết tốt nhất của mình, thông tin trong đơn đăng ký này là đúng và chính xác về khách hàng/bệnh nhân của tôi. Tôi hiểu rằng việc cung cấp thông tin sai sự thật có thể dẫn đến hình phạt theo pháp luật.

16. CHỮ KÝ CỦA CHUYÊN GIA / TÊN: _____