

CATS પેરાટ્રેન્જિટ અરજી અને સૂચનાઓ

પેરાટ્રેન્જિટ સેવા એટલે શું?

અમેરિકન્સ વિથ ડિસેબિલિટી એક્ટ (વિકલાંગતા સાથેના અમેરિકનો માટેના કાયદા) (ADA) અનુસાર, CATS એવી વ્યક્તિઓને પેરાટ્રેન્જિટ સેવાઓ પ્રદાન કરે છે કે જેઓ (શારીરિક, જ્ઞાનાત્મક અથવા દ્રષ્ટિને લગતી) વિકલાંગતાના કારણે નિયત રૂટની બસોનું એક્સેસ કરી શકતા નથી. ADA એ સંઘીય નિયમો 49 CFR સેક્શન 37.123 માં પૂરક પેરાટ્રેન્જિટ સેવા માટેની લાયકાતને વ્યાખ્યાયિત કરેલ છે. CATS પેરાટ્રેન્જિટએ પૂર્વ-અનુસૂચિત, સાજેદારીમાં સવારી કરવી, મૂળ સ્થાનથી ગંતવ્ય સ્થાન સુધી પહોંચાડતી સેવા છે.

મારી સફરની અનુસૂચિ

સવારીકર્તાઓ CATS પેરાટ્રેન્જિટ સેવામાં સવારી કરવા માટે પ્રમાણિત થયેલ હોવા જોઈએ. તમારી સફરની અનુસૂચિ માટે [704.336.2637](tel:704.336.2637) પર કોલ કરો.

પેરાટ્રેન્જિટ સેવા વિસ્તાર એટલે શું?

પેરાટ્રેન્જિટ સેવા ADA કાયદા હેઠળ કાર્ય કરે છે, જે સિસ્ટમની સેવા વિસ્તારની અંદર તમામ સફરની બાયંધરી આપે છે. પેરાટ્રેન્જિટ સેવા વિસ્તારને હાલના નિશ્ચિત અથવા સ્થાનિક બસ રૂટની બંને બાજુએ ¼ માઇલ સુધીના વિસ્તાર તરીકે વ્યાખ્યાયિત કરવામાં આવે છે. સેવા એ જ સમાન દિવસોમાં અને સમયે ઉપલબ્ધ છે કે જે વિસ્તારમાં નિયત રૂટ કાર્યરત છે.

જો તમારું રહેઠાણ સેવા વિસ્તારની અંદર ન હોય તો પણ તમને પેરાટ્રેન્જિટ સેવા માટે મંજૂરી મળી શકે છે. આવા સંજોગોમાં, તમને સેવા વિસ્તારના ¼ માઇલની અંદરના સ્થાન પર તેડવા અને મૂકવા આવવાની જરૂર પડશે.

જ્યારે CATS નિયત રૂટની બસ સેવામાં સેવાના સ્તરમાં ફેરફાર કરે છે, ત્યારે પેરાટ્રેન્જિટ સવારીકર્તાઓ માટે ADA ¼ માઇલ સેવા વિસ્તાર પર સંભવિત અસર થઈ શકે છે. આ ફેરફારો તમારા નિવાસસ્થાનથી અથવા ઇચ્છિત ગંતવ્ય સ્થાન પર અમારી સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવાની તમારી ક્ષમતાને અસર કરી શકે છે.

લાયકાત કેવી રીતે નિર્ધારિત થાય છે?

જો તમે વિકલાંગતા ધરાવતા હોવ જે તમને નિયત-બસ રૂટનો ઉપયોગ કરતા રોકતું હોય તો કેટલીક અથવા તમામ સફરો માટે પેરાટ્રેન્જિટ સેવા માટે લાયક ઠરી શકો છો.

પાત્રતા ત્રણ પરિબલો દ્વારા નક્કી થાય છે:

1. બસ સ્ટોપથી આવવાની અને ત્યાં સુધી જવાની તમારી ક્ષમતા
2. બસમાં ચઢવા-ઉતરવાની તમારી ક્ષમતા
3. નિયત રુટની બસ સિસ્ટમમાં સંચાલન (નેવિગેટ) કરવાની તમારી જ્ઞાનાત્મક ક્ષમતા

STSની પાત્રતા નક્કી કરવા માટે ઉપયોગમાં લેવાતાં ન હોય તેવા સંચાલકીય મુદ્દાઓમાં નીચેનાનો સમાવેશ થાય છે:

1. વય
2. બસ સ્ટોપથી આવવા-જવાનું અંતર
3. જે તે વિસ્તારમાં બસ સેવાનો અભાવ
4. ગીચ બસો

તમારી અરજી પૂર્ણ કરવી

CATS પેરાટ્રેન્સિટ માટે અરજી કરવામાં રસ ધરાવતી વ્યક્તિઓ મેલ, ફેક્સ મારફત અરજી પ્રાપ્ત કરી ઓનલાઇન પૂર્ણ કરી શકે છે. મેલ અથવા ફેક્સ મારફત અરજી પ્રાપ્ત કરવા માટે, પેરાટ્રેન્સિટનો 704.336.2637 પર સંપર્ક સાધી અને વિકલ્પ 3 પસંદ કરી [ADA રાઇડ \(સવારી\)](#)ની મુલાકાત લેવી.

અને તમારી અરજી ઓનલાઇન પૂર્ણ કરવા માટે સૂચનાઓને અનુસરો. તમારી અરજીમાં, તમારે તમારી વિકલાંગતાનું અને તે CATS નિયત રુટની સેવાનો ઉપયોગ કરવાની તમારી ક્ષમતાને કેટલી અસર કરે છે તેનું વર્ણન કરવાની જરૂર પડશે. સુનિશ્ચિત કરો કે તમામ પ્રશ્નોનો જવાબ આપવામાં આવેલ હોય અને તમારા આરોગ્ય કાળજી પ્રદાતા દ્વારા વ્યાવસાયિક ચકાસણી વિભાગ કરવામાં આવેલ હોય. જો તમારી અરજી પૂર્ણ થઈ ન હોય તો, તે તમને પરત કરી દેવામાં આવશે. અરજી પૂર્ણ કરી લીધા પછી, તમે તમારી અરજીને અહીં મેઇલ કરી શકો છો:

CATS Paratransit Services

901 North Davidson Street
Charlotte NC 28206

તમે પૂર્ણ કરેલ અરજી [704.336.5119](tel:704.336.5119) પર ફેક્સ પણ કરી શકો છો.

એક વખત પેરાટ્રેન્સિટ તમારી અરજી મેળવે પછી, વ્યક્તિગત ઇન્ટરવ્યૂ અને સંભવતઃ કાર્યાત્મક મૂલ્યાંકન અપોઇન્ટમેન્ટ અનુસૂચિત કરવા માટે તમારો સંપર્ક કરી શકાય.

એક વખત તમારો ઇન્ટરવ્યૂ અને મૂલ્યાંકન પૂર્ણ થઈ જાય, પછી તમારી નીચેના બે પૈકી એક તરીકે ગણના કરવામાં આવશે:

- સવારી માટે લાયક
 - પરિસ્થિતિઓ સાથે લાયક
 - સવારી માટે ગેરલાયક
- પેરાટ્રેન્જિટ સેવાની સવારી કરવા માટે લાયક ગણાતા લોકોને તેઓના પ્રમાણપત્ર અને CATS પેરાટ્રેન્જિટ સેવાનો ઉપયોગ કરવાની તેઓની યોગ્યતા દર્શાવતો નિર્ધારણ પત્ર મોકલવામાં આવશે.

અરજદારો ગેરલાયક ઠરેલ હોય અથવા પરિસ્થિતિઓ સાથે લાયક ઠરેલ હોય તેઓ તેઓના મૂલ્યાંકન માટે અપીલ કરી શકે છે. અપીલના ચૂકાદા માટે સ્વતંત્ર પેનલ સ્થાપિત કરવામાં આવે છે અને તેમાં વિકલાંગતા ધરાવતા વ્યક્તિને સામેલ કરવામાં આવે છે. તમારી વિકલાંગતાની પ્રકૃતિના આધારે, તમારે કાર્યાત્મક મૂલ્યાંકન વ્યાવસાયિક દ્વારા પ્રમાણિત કરવાની જરૂર પડી શકે છે કે તમે CATS નિયત રૂટની બસોનો ઉપયોગ કરવામાં અસમર્થ છો. CATS સ્ટાફ તમને જણાવશે કે આ આકારણીની જરૂર પડશે કે કેમ. નવા ADA નિયમો માટે આવશ્યક છે કે CATS તેવા વિકલાંગોનું પરિવહન કરે જેઓ:

- લિફ્ટ અથવા અન્ય બોર્ડિંગ ઉપકરણના ઓપરેટર સિવાય અન્ય કોઈની સહાય વિના સુલભતાથી બસમાં ચઢવા, સવારી કરવા અથવા ઉતરવામાં અસમર્થ હોય
- સુલભતાથી બસમાં ચઢવા, સવારી કરવા અને ઉતરવા માટે સક્ષમ હોય, પરંતુ જ્યારે રૂટ પર આવી બસનો ઉપયોગ ન થતો હોય ત્યારે પરિવહનની જરૂર પડતી હોય
- ચોક્કસ ક્ષતિ-સંબંધિત સ્થિતિ ધરાવતા હોય જે તેમને બસ સ્ટોપ પર આવતા તથા જતા અટકાવે છે

મુલાકાતીઓ (શાર્લટ (Charlotte)ના બિન-નિવાસીઓ)

ADA નિયમો અનુસાર, CATS પેરાટ્રેન્જિટ કોઈપણ શાર્લટ (Charlotte) મુલાકાતીને પેરાટ્રેન્જિટ સેવા પૂરી પાડશે કે જે અધિકારક્ષેત્રમાં ADA પેરાટ્રેન્જિટ તરીકે પ્રમાણિત કરવામાં આવ્યા છે જેમાં તેઓ રહે છે અથવા જો વિકલાંગતા દેખીતી ન હોય તો રહેઠાણ અને વિકલાંગતાના દસ્તાવેજીકરણ. મુલાકાતીઓની સ્થિતિ કોઈપણ 365-દિવસના સમયગાળામાં 21 દિવસ સુધી CATS પેરાટ્રેન્જિટ ઉપયોગ કરવાની મંજૂરી આપે છે.

આ માહિતી(704) 336-5119 પર ફેક્સ કરી શકો છો અથવા ઇમેલ કરી શકો છો

CATSADAeligibility@charlottenc.gov

જો તમને કોઈપણ પ્રશ્નો હોય તો, મહેરબાની કરીને પેરાટ્રેન્જિટ લાયકાત અને સર્ટિફિકેશન કાર્યાલયનો [704.336.5055](tel:704.336.5055) પર સંપર્ક કરશો.



ADA પેરાટ્રાન્ઝિટ સર્વિસ માટેની અરજી

અરજીનો આઇડી:

શાર્લોટ એરિયા ટ્રાન્ઝિટ સિસ્ટમ (CATS) સ્પેશિયલ ટ્રાન્સપોર્ટેશન સર્વિસ (STS) માટે અરજી કરવા બદલ આભાર.
STS એ એક CATS પેરાટ્રાન્ઝિટ સર્વિસ છે જેને એવા વ્યક્તિઓને પૂરી પાડવામાં આવે છે, જેઓ વિકલાંગતાને કારણે ફિક્સ-રૂટ બસ સેવાનો ઉપયોગ કરી શકતા નથી. STS “ADA પેરાટ્રાન્ઝિટ પાત્ર” થવા માટે નિર્ધારિત વ્યક્તિઓને વેન/શોર્ડ રાઇડની સેવાઓ પૂરી પાડે છે. STS એવી વ્યક્તિઓને મદદરૂપ થવાનો ઇરાદો ધરાવે છે, જેઓ શારીરિક, દ્રષ્ટિ કે બૌદ્ધિક વિકલાંગતાને કારણે સ્વતંત્ર રીતે બસની સેવાનો ઉપયોગ કરી શકે તેમ નથી.
પાત્રતાના પ્રકારો
બિનશરતી: ફિક્સ-રૂટની બસનો સ્વતંત્ર રીતે ઉપયોગ કરવાની અક્ષમતાને કારણે તમે STSનો ઉપયોગ કરી શકો છો. શરતી: તમારી ચોક્કસ “સ્થિતિ”ને કારણે જ્યારે તમે ફિક્સ-રૂટની બસનો ઉપયોગ કરી શકો તેમ ન હો ત્યારે તમે STSનો ઉપયોગ કરી શકો છો. કામચલાઉ: બસનો ઉપયોગ કરવાની તમારી ક્ષમતામાં જ્યારે સુધારો થવાની કે ફેરફાર થવાની અપેક્ષા હોય ત્યારે તમે કામચલાઉ સમયમર્યાદા માટે STSનો ઉપયોગ કરી શકો છો. અપાત્ર: તમે ફિક્સ-રૂટની બસનો સ્વતંત્ર રીતે ઉપયોગ કરવાની ક્ષમતા ધરાવતા હોવાનું નિર્ધારિત થયું છે અને આથી તમે STS પેરાટ્રાન્ઝિટનો ઉપયોગ કરવા માટે પાત્ર નથી. અપીલની પ્રક્રિયા ઉપલબ્ધ છે અને અપાત્રતા સંબંધિત પત્રમાં સૂચનો પૂરાં પાડવામાં આવ્યાં છે.
મદદ
ફોર્મ ભરવામાં જો તમારે મદદની જરૂર હોય તો કૃપા કરીને (877) 232-7433 પર ADARIDEનો સંપર્ક કરો. કૃપા કરીને બંને સંપૂર્ણપણે ભરેલા ફોર્મને આ સરનામે મોકલો: ADARIDE 19300 S. HAMILTON AVE SUITE #120 GARDENA, CA 90248 અથવા આ નંબર પર ફોન કરો: (310) 410-0239 અથવા ઈ-મેઇલ કરો: info@adaride.com
પ્રક્રિયામાં લાગતો સમય
એકવાર તમારી પૂરેપૂરી ભરેલી અરજી અમને પ્રાપ્ત થાય તે પછી અમે STS પેરાટ્રાન્ઝિટ સર્વિસ માટેનું તમારું નિર્ધારણ શરૂ કરીશું. જો અરજી અને ખરાઈથી STS પેરાટ્રાન્ઝિટ માટેની તમારી પાત્રતા સ્થાપિત ન થઈ શકે તેમ હોય અથવા તો તે અસ્પષ્ટ / વિરોધાભાસી / સંદિગ્ધ હોય તો, તમને તાત્કાલિક રૂબરૂ મોબિલિટી કોન્ફરન્સ માટે બોલાવવામાં આવી શકે છે. રૂબરૂ મોબિલિટી કોન્ફરન્સમાં હાજર રહેવા માટે જો તમે પરિવહન મેળવી શકો તેમ ન હો તો, STS તમારી પાસેથી ખર્ચ વસૂલ્યાં વગર તમને કોન્ફરન્સના સ્થળે લાવવા-લઈ જવા માટે સવારી પૂરી પાડશે. એકવાર તમે સંભવિત રૂબરૂ મોબિલિટી કોન્ફરન્સ સહિત અરજીની સમગ્ર પ્રક્રિયા પૂરી કરી લો તે પછી તમારી પાત્રતા નિર્ધારિત કરવા માટે અમારી પાસે 21 દિવસ હશે અને અમે આ અંગે તમને લેખિતમાં જાણ કરીશું. અરજીનો આઇડી:
વ્યક્તિગત ડેટા

નામ:	_____	પિતા/પતિનું નામ:	_____
અટક:	_____	જાતિ:	_____
ડીફોલ્ટ ભાષા	_____	TDD:	_____
જન્મતારીખ:	_____	જન્મસ્થળ:	_____
ઈ-મેઇલ એડ્રેસ:	_____	ફોર્મેટ:	_____
યુઝરનેમ:	_____		
સવારનો ફોન:	_____	સાંજનો ફોન:	_____
મોબાઇલ:	_____		

ટપાલનું સરનામું
સ્ટ્રીટ#: _____ સ્ટ્રીટ _____ એપાર્ટમેન્ટ#: _____
શહેર: _____ રાજ્ય: _____ ઝિપ કોડ: _____

ધરનું સરનામું		
સ્ટ્રીટ#: _____	સ્ટ્રીટ: _____	એપાર્ટમેન્ટ#: _____
શહેર: _____	રાજ્ય: _____	ઝિપ કોડ: _____
અરજીનો આઇડી:		
પર્સનલ કેર એટેન્ડેન્ટ		

1. શું તમારે પર્સનલ કેર એટેન્ડેન્ટની જરૂર છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
પર્સનલ કેર એટેન્ડેન્ટ (PCA)ના વિકલ્પ પર ટિક કરવાનો અર્થ એ છે કે તમારે મુસાફરીને સફળતાપૂર્વક પૂરી કરવા માટે મુસાફરીમાં તમારી સાથે કોઈ વ્યક્તિની જરૂર છે. તમને PCA પૂરાં પાડવામાં આવતાં નથી, તેમને સાથે લાવવાની જવાબદારી તમારી પોતાની છે અને તેઓ ફીમાં મુસાફરી કરે છે.
આ અરજીપત્રકને ભરવામાં તમને કોઈએ મદદ કરી હતી?

2. આ અરજીપત્રકને ભરવામાં તમને કોઈએ મદદ કરી હતી? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
નામ: _____ અટક: _____
ઈ-મેઇલ એડ્રેસ: _____ ફોન: _____
સંબંધ: _____ આ વ્યક્તિનો સંપર્ક કરો: <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
ઇમર્જન્સીનો સંપર્ક નંબર

3. શું તમે તમારો ઇમર્જન્સી સંપર્ક નંબર પૂરો પાડવા માંગો છો? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
નામ: _____ પિતા/પતિનું નામ: _____
અટક: _____ ઈ-મેઇલ એડ્રેસ: _____
સવારનો ફોન: _____ સાંજનો ફોન: _____
મોબાઇલ ફોન: _____ સંબંધ: _____
સ્ટ્રીટ#: _____ સ્ટ્રીટ: _____ એપાર્ટમેન્ટ#: _____
શહેર: _____ રાજ્ય: _____ ઝિપ કોડ: _____
અરજી
અરજદારની તબીબી સ્થિતિ

4. તમારી તબીબી સ્થિતિ(ઓ) / વિકલાંગતા શું છે? _____

5. શું આ કામચલાઉ વિકલાંગતા છે કે તબીબી સ્થિતિ છે?
<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
6. શું તમે હાલમાં કોઈ સારવાર લઈ રહ્યાં છો?
<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
7. જો હા, તમે કેટલા સમયથી આ સારવાર મેળવી રહ્યાં છો?
<input type="checkbox"/> 1 - 3 મહિના <input type="checkbox"/> 3 - 6 મહિના <input type="checkbox"/> 6 - 9 મહિના
<input type="checkbox"/> 9 - 12 મહિના <input type="checkbox"/> એક વર્ષથી વધારે સમયથી
8. તમે કઈ સારવાર મેળવી રહ્યાં છો?
<input type="checkbox"/> કોઈ નહીં <input type="checkbox"/> ફીઝિકલ થેરાપી <input type="checkbox"/> કીમોથેરાપી
<input type="checkbox"/> રેડિયેશન થેરાપી <input type="checkbox"/> ડાયાલિસીસ <input type="checkbox"/> સાઇકોથેરાપી
<input type="checkbox"/> વજન ઊંચક્યાં વગર સ્થિર ઊભા રહેવું <input type="checkbox"/> વજન ઊંચકીને સ્થિર ઊભા રહેવું <input type="checkbox"/> મુસાફરીની તાલીમ
<input type="checkbox"/> પુનર્વસન કાર્યક્રમ <input type="checkbox"/> સર્જરી <input type="checkbox"/> નવી દવાઓ

દવાઓ

સાજા થવું

અન્ય

9. કૃપા કરીને અહીં નીચે આપેલા નિવેદનોને વાંચો અને તમારી વિકલાંગતાને શ્રેષ્ઠ રીતે વર્ણવતા નિવેદન પર ટિક કરો

હું ટ્રાન્સિટ સિસ્ટમમાં સ્વતંત્ર રીતે મુસાફરી કરી શકું તેમ નથી

મને લાગે છે કે જો કોઈ મને શીખવાડે તો હું સિટી બસમાં સવારી કરવાનું શીખી શકું છું.

હું કેટલીક મુસાફરીઓ માટે સિટી બસનો ઉપયોગ કરી શકું છું પણ બધી જ મુસાફરીઓ માટે નહીં.

હું કામચલાઉ વિકલાંગતા ધરાવું છું અને હું જ્યાં સુધી સાજો ના થઈ જઉં ત્યાં સુધી જ મારે CATSની જરૂર છે.

હું જાતે સિટી બસમાં મુસાફરી કરવા સક્ષમ નથી.

અરજીનો આઇડી:

10. તમે હાલમાં જ્યારે અલગ-અલગ સ્થળોએ જાઓ છો ત્યારે કોઈ મોબિલિટી ડીવાઇઝનો ઉપયોગ કરો છો? હા ના

11. જો હા, તો યાદીમાં લાગુ પડતાં ટિક કરો.

પાવર/ઇલેક્ટ્રિક વ્હિલચેર

હાથથી ચાલતી વ્હિલચેર

સ્કૂટર

સ્પોર્ટ વ્હિલચેર

વોકર

સર્વિસ એનિમલ

પ્રોસ્થેસિસ

લાકડી

સફેદ લાકડી

ઘોડી

પોર્ટેબલ ઓક્સિજન

કોઈ નહીં

અન્ય

કમ્યુનિકેશન બોર્ડ

પગમાં પહેરવાના બ્રેસિસ

ચિત્ર/વર્ણાક્ષરોનું બોર્ડ

સેગવે

12. શું તમારું સ્કૂટર/વ્હિલચેર 30" પહોળું છે?

હા

ના

મને ખબર નથી

લાગુ પડતું નથી

13. શું તમારું સ્કૂટર/વ્હિલચેર 48"થી વધારે લાંબું છે?

હા

ના

મને ખબર નથી

લાગુ પડતું નથી

14. શું તમારું અને તમારા મોબિલિટી ડીવાઇઝનું સંયુક્ત કુલ વજન 600 lbsથી વધારે છે?

હા

ના

મને ખબર નથી

લાગુ પડતું નથી

15. વર્ણન:

16. શું તમે સ્વતંત્ર રીતે બસનો ઉપયોગ કરો છો?

હા/ક્યારેક

ના/મને ખબર નથી

કદાચ, ટ્રેનિંગ લઈને

ફિક્સ કરેલા રૂટ્સ

17. જો તમે સ્વતંત્ર રીતે સિટી બસનો ઉપયોગ કરતાં હો તો, તમારા રૂટને સ્પષ્ટ કરો:

પ્રથમ રૂટના

ડેસ્ટિનેશનનું

નામ: _____

રૂટ્સ: _____

સ્ટ્રીટ#: _____ સ્ટ્રીટ: _____

શહેર: _____

ટ્રાન્સફરની સાથે?

બીજો રૂટ

ડેસ્ટિનેશનનું

નામ: _____

રુટ્સ: _____

સ્ટ્રીટ#: _____ સ્ટ્રીટ: _____

શહેર: _____

ટ્રાન્સફરની સાથે?

18. એક્સિસિબલ બસમાં સવારી કરતી વખતે તમારે તમારી સાથે કોઈ વ્યક્તિ (પર્સનલ કર એટેન્ડેન્ટ)ની જરૂર પડશે?

હા ના ક્યારેક

ખબર નથી

જો તમે હા પસંદ કર્યું હોય તો, કૃપા કરીને સમજાવો:

19. જે લોકો બસનો ઉપયોગ કરવાનું શીખવા માંગે છે, તેને CATS મુસાફરી કરવાની ટ્રેનિંગ આપે છે. આ પ્રશ્નનો ઉત્તર હા આપવાથી CATS એપોઇન્ટમેન્ટ નક્કી કરવા માટે તમારો સંપર્ક કરી શકે છે. શું તમે મુસાફરીની ટ્રેનિંગ લેવામાં રસ ધરાવો છો?

હા ના

20. શું તમને સાંભળવાની સમસ્યા છે, જેના કારણે તમે બસનો ઉપયોગ કરી શકતા નથી?

હા ના

જો તમે હા પસંદ કર્યું હોય તો, કૃપા કરીને સમજાવો:

21. શું તમે દ્રષ્ટિની ખામી ધરાવો છો, જેના કારણે તમે બસનો ઉપયોગ કરી શકતા નથી?

હા ના

જો તમે હા પસંદ કર્યું હોય તો, કૃપા કરીને સમજાવો:

22. શું તમને યાદશક્તિની સમસ્યા છે, જેના કારણે તમે બસની મુસાફરી કરી શકતા નથી?

હા ના

જો તમે હા પસંદ કર્યું હોય તો, કૃપા કરીને સમજાવો:

23. શું તમે સંતુલનની સમસ્યા ધરાવો છો, જેના કારણે તમે બસની મુસાફરી કરી શકતા નથી?

હા ના

જો તમે હા પસંદ કર્યું હોય તો, કૃપા કરીને સમજાવો:

24. શું તમને શ્વાસની સમસ્યા છે, જેના કારણે તમે બસની મુસાફરી કરી શકતા નથી?

હા ના

જો તમે હા પસંદ કર્યું હોય તો, કૃપા કરીને સમજાવો:

25. જો બસ સ્ટેન્ડ પર બેસવાની કોઈ જગ્યા ના હોય તો તમને 15 મિનિટ માટે ત્યાં ઊભા રહેવામાં કોઈ સમસ્યા થાય છે?

હા ના

જો તમે હા પસંદ કર્યું હોય તો, કૃપા કરીને સમજાવો:

26. શું તમને નાણાં ગણવામાં અને બસ ડ્રાઇવરને તેની ચૂકવણી કરવામાં સમસ્યા થાય છે?

હા ના

જો તમે હા પસંદ કર્યું હોય તો, કૃપા કરીને સમજાવો:

27. શું તમને પોતાની જાતે રસ્તો કોસ કરવામાં સમસ્યા થાય છે?

હા ના

જો તમે હા પસંદ કર્યું હોય તો, કૃપા કરીને સમજાવો:

28. તમે આરામ કર્યા વગર કેટલું ચાલી (મોબિલિટી ડીવાઇઝનો ઉપયોગ કરવાનું લાગું થાય છે) કે વ્હિલને ચલાવી શકો છો?

29. શું અહીં નીચે જણાવેલી કોઈ બાબતમાંથી કોઈ તમને બસનો ઉપયોગ કરતાં અટકાવે છે?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ઠંડી | <input type="checkbox"/> ગરમી | <input type="checkbox"/> વરસાદ |
| <input type="checkbox"/> રાત્રે અંધાપો | <input type="checkbox"/> હિમવર્ષા | <input type="checkbox"/> પ્રકાશની સંવેદનશીલતા (તડકો, વાદળછાયું આકાશ વગેરે) |
| <input type="checkbox"/> ફૂટપાથનો અભાવ | <input type="checkbox"/> કર્બ કટ્સનો અભાવ | <input type="checkbox"/> ઉબડ-ખાબડ રસ્તો (ગંદો રસ્તો, ખાડા વગેરે) |
| <input type="checkbox"/> પહાડ | <input type="checkbox"/> એક્સિસિબલ ન હોય તેવું બસ સ્ટોપ | <input type="checkbox"/> 50 ફૂટ (1 બ્લોક) ચાલી/વ્હિલ ચલાવી શકતા ના હો |
| <input type="checkbox"/> વાયુ પ્રદૂષણ (ધુમ્મસ, એલર્જિસ) | <input type="checkbox"/> સારો/ખરાબ દિવસ | <input type="checkbox"/> 1/4 માઇલ (3 બ્લોક) ચાલી/વ્હિલ ચલાવી શકતા ના હો |
| <input type="checkbox"/> શક્તિ અને સહનશક્તિનો અભાવ (અતિશય થાકી જવું) | <input type="checkbox"/> એક બસમાંથી બીજી બસમાં ટ્રાન્સફર કરી શકતા ના હો | <input type="checkbox"/> 3/4 માઇલ (9 બ્લોક) ચાલી/વ્હિલ ચલાવી શકતા ના હો |
| <input type="checkbox"/> કોઈ નહીં | | |

આ શરતો પર સહી કરીને હું એ વાતને સમજું છું કે, હું ADAride.com અને શાર્લોટ એરીયા ટ્રાન્ઝિટ (CATS)ને અહીં નીચે જણાવેલા હેતુઓ અને પ્રવૃત્તિઓ માટે મારા આરોગ્યને લગતી સંરક્ષિત માહિતીનો ઉપયોગ કરવાની સંમતિ આપું છું.

- 1) પરિવહનની સેવા પૂરી પાડનારાઓ અને મોબિલિટી સેવાઓને માહિતી ટ્રાન્સફર કરવી
- 2) પેરાટ્રાન્ઝિટની પાત્રતાના હેતુ માટે તમારી વિકલાંગતા અને સારવારના પ્લાનની ખરાઈ કરવા તમારા હેલ્થકેર પ્રોવાઇડરનો સંપર્ક કરવાની મંજૂરી લેવી
- 3) મારી જાણકારી મુજબ અહીં પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતી સાચી અને ખરી છે.
- 4) મારી મોબિલિટીમાં નોંધપાત્ર ફેરફાર થવા પર હું CATSને આ અંગે જાણ કરવા સંમત થઉં છું.

ADAride.com અને CATS આ સમગ્ર પ્રક્રિયામાં તમે આપેલા સહકારને બિરદાવે છે અને તમને ખાતરી આપે છે કે, તમારી આરોગ્યને લગતી સંરક્ષિત માહિતીને HIPAA (હેલ્થ ઇન્ફોર્મેશન પ્રોટેક્શન એક્ટ)ની આકરી કમ્પ્લાયન્સ પોલિસી અને પ્રોસિજર્સ મારફતે મેનેજ કરવામાં આવશે.

મને એ ખ્યાલ છે કે હું આ સંમતિપત્ર પર સહી કરું તે પહેલાં તેની નકલ મેળવવાનો અને તેની સમીક્ષા કરવાનો અધિકાર ધરાવું છું. આથી હું અહીં એ પ્રમાણિત કરું છું કે, પાત્રતાની પ્રક્રિયા દરમિયાન મારા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી મુજબ સાચી અને ખરી છે. હું સમજું છું કે, આ પ્રક્રિયામાં ખોટી રજૂઆત કે મારા મૂલ્યાંકન દરમિયાન કરવામાં આવેલી રજૂઆત પેરાટ્રાન્ઝિટ સેવાઓનો ઉપયોગ કરવાના ઇનકારમાં પરિણમી શકે છે.

સહી: _____ તારીખ: _____

શું તમે તમારી રીલીઝ પર કોઈ નોંધો કે પ્રતિબંધો ધરાવો છો?



આરોગ્ય વ્યાવસાયિકની ચકાસણી

(ફક્ત વ્યાવસાયિક ઉપયોગ માટે)

તમારા ક્લાયેન્ટ / દર્દી CATS STS પેરાટ્રાન્સિટ સેવા માટે અરજી કરી રહ્યાં છે

શેર કરવામાં આવેલી માહિતીને હેલ્થ ઇન્ફોર્મેશન પ્રોટેક્શન એક્ટ (HIPAA)માં ઓળખી કાઢવામાં આવેલી જરૂરિયાતો મુજબ સંરક્ષિત કરવામાં આવશે અને તમારા દર્દી / ક્લાયેન્ટ શાર્લોટ એરીયા ટ્રાન્સિટ સિસ્ટમ અને તેના પાત્ર કોન્ટ્રાક્ટર, ADARIDE.comને અરજી મારફતે આ માહિતી પ્રાપ્ત કરવા તમારો સંપર્ક કરવાની મંજૂરી આપવા સંમત થયાં છે. તમારો સહકાર અને સહાય ખૂબ જ પ્રશંસાપાત્ર છે. જો તમને કોઈ પણ પ્રશ્ન હોય કે કોઈ ટિપ્પણી કરવા માંગતા હો તો, કૃપા કરીને ખચકાયા વગર 1-877-232-7433, www.adaride.com, અને ફેક્સ નંબર 310-410-0239 દ્વારા અમારો સંપર્ક કરો.

આ ફોર્મને સુરક્ષિત રીતે આ સરનામે મોકલી આપો:

કૃપા કરીને બંને સંપૂર્ણપણે ભરેલા ફોર્મને આ સરનામે મોકલો:

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

અથવા (310) 410-0239 પર ફેક્સ કરો

અથવા info@adaride.com પર ઇ-મેઇલ કરો

આ ફોર્મને ભરવા માટે પાત્ર હેલ્થકેર વ્યાવસાયિકો

પુનર્વસન નિષ્ણાત

એક સ્વતંત્ર લિવિંગ કાઉન્સેલર

સામાજિક કાર્યકર્તા / કૌટુંબિક કાઉન્સેલર

મનોવૈજ્ઞાનિક / મનોચિકિત્સક

વ્યાવસાયિક / ફીઝિકલ થેરાપિસ્ટ / સહાયકો

મેડિકલ ડોક્ટર / ડીઓ

નોંધણી પામેલા નર્સ / નર્સિંગ સહાયક / મેડિકલ આસિસ્ટન્ટ

સ્પેશિયલ એજ્યુકેશન ટીચર

ક્લાયેન્ટ / દર્દીનું નામ અને અટક:

તમારી વ્યાવસાયિક માહિતી

નામ: _____

પિતા/પતિનું નામ: _____

અટક: _____

વ્યાવસાયિક

લાઇસેન્સ #: _____

વ્યવસાય: _____

ઈ-મેઇલ એડ્રેસ: _____

સવારનો ફોન: _____

મોબાઇલ ફોન: _____

સરનામું

સ્ટ્રીટ#: _____

સ્ટ્રીટ: _____

એપાર્ટમેન્ટ#: _____

શહેર: _____

રાજ્ય: _____

1. તમે તમારા ક્લાયેન્ટ / દર્દીની જે બીમારીઓની સારવાર કરી રહ્યાં છો તેના નિદાનની અને તમારા ક્લાયેન્ટને હોઈ શકે તેવી અન્ય કોઈ સમસ્યાના નિદાનની યાદી બનાવો

2. અહીં નીચે જણાવેલી કેટેગરીઓમાંથી કઈ કેટેગરી તમારા ક્લાયેન્ટ / દર્દીને સૌથી વધુ મર્યાદિત કરે છે, તે કૃપા કરીને સૂચવો.

જો એકથી વધારે વિકલાંગતાઓ તમારા ક્લાયેન્ટ / દર્દીની સ્વતંત્રતા અને ગતિશીલતાને મર્યાદિત કરતી હોય તો તમે એકથી વધારે વિકલ્પ પર ટિક કરી શકો છો.

માનસિક

શારીરિક

દ્રષ્ટિ સંબંધિત

જો તમે શારીરિક વિકલાંગતા પસંદ કરી હોય તો કૃપા કરીને કેટેગરીઓ પસંદ કરો:

કાર્ડિયોવાસ્ક્યુલર

ઓર્ગન ફેલ્ચોર / ટ્રાન્સપ્લાન્ટ / ડાયાબિટીસ

ગેસ્ટ્રોઇન્ટેસ્ટાઇનલ ડિસઓર્ડર

ઓર્થોપેડિક સમસ્યા

ગેરિયાટ્રિક ડિસઓર્ડર

અન્ય

ચેપી બીમારીઓ / ઇમ્યુનોલોજી

પીડિયાટ્રિક ડિસઓર્ડર

ન્યુરોલોજિકલ ડિસઓર્ડર

પલ્મોનરી ડિસઓર્ડર

3. કયું નિવેદન તમારા દર્દીની સ્થિતિને શ્રેષ્ઠ રીતે વર્ણવે છે?

- તેમની સારવાર ચાલું છે અને આશા છે કે તેમનું સ્વાસ્થ્ય સુધરશે કાયમી સ્થિતિ છે, જેમાં ફેરફાર થવાની કોઈ આશા નથી બીમારી ખૂબ આગળ વધી ગઈ છે અને જીવલેણ હોવાનું માનવામાં આવી રહ્યું છે
- બસનો સ્વતંત્ર રીતે ઉપયોગ કરવામાં બાધા ઊભી ન કરે તેવી સ્થિતિ ઉપરમાંથી કોઈ નહીં

4. રોગનું નિદાન:

5. સારવારનો પ્લાન શરૂ થવાની તારીખ અને પૂરો થવાની સંભવિત તારીખ:

6. શું તમે ક્યારેય તમારા ક્લાયેન્ટ / દર્દીને કોઈ ડીવાઇઝ પ્રીસ્ક્રાઇબ કર્યું હતું કે તમને તેના વિશે કોઈ જાણકારી છે?

- કોઈ નહીં લાકડી પાવરથી ચાલતી વ્હિલચેર
 ઘોડી હાથથી ચાલતી વ્હિલચેર સ્કૂટર
 સફેદ લાકડી વોકર પગમાં પહેરવાના બ્રેસિસ
 પોર્ટેબલ ઓક્સિજન સેવા કરનારા પશુ પ્રોસ્થેસિસ
 ફોલ્ડિંગ વોકર

7. તમારા ક્લાયેન્ટ / દર્દીને સંતુલન જાળવવામાં કોઈ સમસ્યા થતી હોવાનું તમારી જાણમાં છે?

- હા ના ક્યારેક
 ખબર નથી

જો તમે હા/ક્યારેક પસંદ કર્યું હોય તો, કૃપા કરીને તેના વિશે થોડું વિસ્તારપૂર્વક જણાવો:

8. તમારા ક્લાયેન્ટ / દર્દીને શક્તિ અને સહનશક્તિ સંબંધિત કોઈ સમસ્યા હોવાનું તમારી જાણમાં છે?

- હા ના ક્યારેક
 ખબર નથી

જો તમે હા/ક્યારેક પસંદ કર્યું હોય તો, કૃપા કરીને તેના વિશે થોડું વિસ્તારપૂર્વક જણાવો:

9. શું તમને લાગે છે કે તમારા ક્લાયેન્ટ / દર્દી 3/4 માઇલ (મોબિલિટી ડીવાઇઝની મદદથી અને જો જરૂર જણાય તો વચ્ચે-વચ્ચે થોડો આરામ લઇને લગભગ 9 બ્લોક) હરીફરી શકે છે / વ્હિલ ચલાવી શકે છે??

- હા ના ક્યારેક
 ખબર નથી

જો તમે હા/ક્યારેક પસંદ કર્યું હોય તો, કૃપા કરીને તેના વિશે થોડું વિસ્તારપૂર્વક જણાવો:

10. તમારા ક્લાયેન્ટ / દર્દીને યાદશક્તિ સંબંધિત કોઈ સમસ્યા હોવાનું તમારા ધ્યાનમાં છે?

- હા ના ક્યારેક
 ખબર નથી

જો તમે હા/ક્યારેક પસંદ કર્યું હોય તો, કૃપા કરીને તેના વિશે થોડું વિસ્તારપૂર્વક જણાવો:

11. તમારા ક્લાયેન્ટ / દર્દીને રસ્તો કોસ કરતી વખતે તકલીફ પડતી હોવાનું તમારી જાણમાં છે?

- હા ના ક્યારેક
 ખબર નથી

જો તમે હા/ક્યારેક પસંદ કર્યું હોય તો, કૃપા કરીને તેના વિશે થોડું વિસ્તારપૂર્વક જણાવો:

12. તમારા ક્લાયેન્ટ / દર્દી પોતાની જાતે બસની સેવાનો ઉપયોગ કરે તો શું તમે તેમની સુરક્ષા અંગે ચિંતિત છો (જેમ કે, પેનિક એટેક, હિલ્સ, સમજવામાં તકલીફ થવી, પડી જવાનો ભય વગેરે)?

- હા ના ક્યારેક
 ખબર નથી

જો તમે હા/ક્યારેક પસંદ કર્યું હોય તો, કૃપા કરીને તેના વિશે થોડું વિસ્તારપૂર્વક જણાવો:

13. તમારા ક્લાયેન્ટ / દર્દીને સિટી બસનો ઉપયોગ કરવામાં સમસ્યારૂપ બની શકે તેવી કોઈ ટ્રેનિંગની ખામી હોવાનું તમારા ધ્યાનમાં છે?

- હા ના ક્યારેક
 ખબર નથી

જો તમે હા/ક્યારેક પસંદ કર્યું હોય તો, કૃપા કરીને તેના વિશે થોડું વિસ્તારપૂર્વક જણાવો:

14. તમારા ક્લાયેન્ટ / દર્દીને સિટી બસનો ઉપયોગ કરવામાં સમસ્યારૂપ બની શકે તેવી કોઈ સાંભળવાની સમસ્યા હોવાનું તમારા ધ્યાનમાં છે?

- હા ના ક્યારેક
 ખબર નથી

જો તમે હા/ક્યારેક પસંદ કર્યું હોય તો, કૃપા કરીને તેના વિશે થોડું વિસ્તારપૂર્વક જણાવો:

15. હું એ સમજું છું કે, આ અરજીનો હેતુ એવી પરિસ્થિતિઓને સમજવાનો છે, જ્યારે અરજદાર શાર્લોટ એરીયા ટ્રાન્ઝિટ સિસ્ટમ સિટી બસ સેવાનો ઉપયોગ કરી શકે તેમ નથી અને આથી તેમને તેમની જાહેર પરિવહનની જરૂરિયાતને પૂરી કરવા માટે CATS સ્પેશિયલ ટ્રાન્સપોર્ટેશન પ્રોગ્રામની જરૂર છે. હું પ્રમાણિત કરું છું કે, આ અરજીમાં મારા ક્લાયેન્ટ/દર્દી અંગે રજૂ કરવામાં આવેલી માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી મુજબ સાચી અને ખરી છે. હું એ પણ સમજું છું કે, ખોટી માહિતી પૂરી પાડવાથી મારે કાયદાની જોગવાઈઓ હેઠળ દંડ ભોગવવો પડી શકે છે.

16. વ્યાવસાયિક હસ્તાક્ષર / નામ: _____