

# CATS पैराट्रांज़िट आवेदन तथा निर्देश

## पैराट्रांज़िट सेवा क्या है?

अमेरिकी विकलांगता अधिनियम (अमेरिकन्स विथ डिसेबिलिटीज एक्ट - ADA) के अनुरूप, CATS उन लोगों को पैराट्रांज़िट सेवा प्रदान करते हैं जो किसी विकलांगता (शारीरिक, संज्ञानात्मक, या दृष्टिगत) के कारण फिक्स्ड रूट बसों पर नहीं चल सकते। ADA, संघीय नियम CFR 49 की धारा 37.123 में निःशुल्क पैराट्रांज़िट सेवा प्राप्त करने की अर्हता परिभाषित करता है। CATS पैराट्रांज़िट, प्रारम्भ से गंतव्य तक की पूर्व-निर्धारित, शेयर्ड-राइड सेवा है।

## मेरी ट्रिप निर्धारित करें

यात्रियों को CATS पैराट्रांज़िट सेवा में यात्रा के लिए प्रमाणित होना चाहिए। अपनी ट्रिप तय करने के लिए [704.336.2637](tel:704.336.2637) पर कॉल करें।

## पैराट्रांज़िट सेवा का क्षेत्र क्या है?

पैराट्रांज़िट सेवा ADA क़ानून के तहत चलायी जाती है, जो प्रणाली के सेवा क्षेत्र के भीतर सभी ट्रिप्स की गारंटी देता है। पैराट्रांज़िट सेवा क्षेत्र का मतलब है वर्तमान फिक्स्ड या लोकल बस रूट के दोनों ओर 3/4 मील तक का इलाक़ा। यह सेवा उन्हीं दिनों और उन्हीं समयों पर उपलब्ध है जब उस इलाक़े में फिक्स्ड रूट बसें चल रही होती हैं।

यदि आपका आवास सेवा क्षेत्र के अंदर नहीं है, तब भी आपको पैराट्रांज़िट सेवा इस्तेमाल करने की मंजूरी मिल सकती है। ऐसी स्थिति में, आपको सेवा क्षेत्र के 3/4 मील के अंदर किसी स्थल से पिक-अप और ड्रॉप करने की ज़रूरत होगी।

जब कभी CATS अपनी फिक्स्ड रूट बसों में कोई सेवा-स्तरीय परिवर्तन करेगा, तब पैराट्रांज़िट यात्रियों के ADA 3/4 मील के सेवा क्षेत्र पर भी संभावित असर पड़ सकता है। इन परिवर्तनों से अपने आवास से या किसी पसंदीदा ड्रॉप-ऑफ़ स्थल तक हमारी सेवायें प्राप्त करने की आपकी योग्यता पर असर पड़ सकता है।

## पात्रता कैसे निर्धारित होती है?

यदि आपको कोई ऐसी विकलांगता है जो आपको फिक्स्ड रूट बस का इस्तेमाल करने से रोकती है, तो आपके कुछ या सभी ट्रिप पैराट्रांज़िट सेवा के योग्य हो सकते हैं।

## पात्रता तीन कारकों से निर्धारित की जाती है:

1. बस स्टॉप जाने और आने की आपकी क्षमता
2. बस पर चढ़ने और उतरने की आपकी क्षमता
3. फिक्स्ड रूट बस प्रणाली से चलने की आपकी संज्ञानात्मक क्षमता

## STS पात्रता निर्धारित करने के लिए उपयोग नहीं किए जाने वाले परिचालन संबंधी मुद्दों में शामिल हैं:

1. आयु
2. बस स्टॉप तक और बस स्टॉप से दूरी
3. क्षेत्र में बस सेवा का अभाव
4. अत्यधिक भीड़ वाली बसें

---

## अपना आवेदन पूरा करना

CATS पैराट्रांज़िट के लिए आवेदन के उत्सुक व्यक्ति मेल, फैक्स, या ऑनलाइन आवेदन प्राप्त कर सकते हैं। मेल या फैक्स से आवेदन प्राप्त करने के लिए 704.336.2637 पर पैरा ट्रांज़िट से संपर्क करें और विकल्प 3 चुनें या ADA Ride पर जायें।

और ऑनलाइन आवेदन भरने के लिए निर्देशों का पालन करें। अपने आवेदन में आपको अपनी विकलांगता का वर्णन करना होगा और बताना होगा कि उससे आपकी CATS फिक्स्ड रूट सेवा के इस्तेमाल की क्षमता किस तरह प्रभावित होती है। सुनिश्चित करें कि सभी प्रश्नों का उत्तर दिया गया है और पेशेवर सत्यापन खंड को आपके स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता ने सत्यापित किया है। यदि आपका आवेदन पूरी तरह से भरा नहीं है, तो यह आपको वापस कर दिया जाएगा। अपना आवेदन पूरा भरने के बाद, आप अपना आवेदन इस पते पर भेज सकते हैं:

### CATS Paratransit Services

901 North Davidson Street  
Charlotte NC 28206

पूरा हुआ आवेदन [704.336.5119](tel:704.336.5119) पर फैक्स भी कर सकते हैं।

पैराट्रांज़िट को आपका आवेदन मिल जाने के बाद आमने-सामने साक्षात्कार और संभवतः सक्रियता के मूल्यांकन की मुलाक़ात तय करने के किये आपसे संपर्क किया जा सकता है।

एक बार आपका साक्षात्कार और मूल्यांकन पूरा हो जाये तो आपको घोषित किया जा सकता है:

- यात्रा के लिए पात्र
- कुछ शर्तों के साथ पात्र
- यात्रा के लिए अपात्र

जिन लोगों को पैराट्रांज़िट सेवा पर चलने का पात्र समझा जायेगा उन्हें एक पत्र भेजा जायेगा जिसमें उनका प्रमाणन और CATS पैराट्रांज़िट सेवा का उपयोग करने की पात्रता का उल्लेख होगा।

जिन आवेदकों को अपात्र या सशर्त पात्र माना गया है वे अपने मूल्यांकन के विरुद्ध अपील कर सकते हैं। अपीलों को सुनने के लिए एक स्वतंत्र पैनल गठित किया गया है, जिसमें एक विकलांग व्यक्ति भी शामिल है।

आपकी विकलांगता के आधार पर, हो सकता है कि आपसे किसी कार्यरत आकलन पेशेवर से यह प्रमाणित करवाने को कहा जाये कि आप CATS की फिक्स्ड रुट्स बसों का इस्तेमाल करने में असमर्थ हैं। यदि आपको ऐसे किसी आकलन की आवश्यकता है तो CATS कर्मचारी आपको इसके बारे में बतायेंगे। नये ADA नियमों के अनुसार यह ज़रूरी है कि CATS ऐसे विकलांग लोगों के परिवहन की व्यवस्था करे जो:

- लिफ्ट चलाने वाले या अन्य बोर्डिंग उपकरण के अलावा किसी अन्य व्यक्ति की सहायता के बिना सामान्य बस में चढ़ने, यात्रा करने, या उतरने में असमर्थ हैं
- सामान्य बस में चढ़ने, यात्रा करने और उतरने में समर्थ हैं लेकिन जब ऐसी बस किसी रूट पर नहीं चल रही होती उस समय उन्हें परिवहन की आवश्यकता होती है
- किसी ऐसी विशिष्ट परिस्थिति से बाधित हैं जो उन्हें बस स्टॉप तक आने-जाने नहीं देती

---

## विज़िटर्स (जो शार्लोट के निवासी नहीं हैं)

ADA नियमों के अनुसार, CATS पैराट्रांज़िट शार्लोट में आने वाले हर उस विज़िटर को पैराट्रांज़िट सेवा उपलब्ध करायेंगे, जिन्हें अपने रिहायशी क्षेत्र में ADA पैराट्रांज़िट के योग्य प्रमाणित किया गया हो, या यदि उनकी विकलांगता स्पष्ट दिखाई नहीं देती तो उनकी रिहाइश और विकलांगता के दस्तावेज़ हों। विज़िटर घोषित व्यक्ति को 365 दिन की अवधि में 21 दिनों तक CATS पैराट्रांज़िट इस्तेमाल करने का अधिकार है।

यह जानकारी [\(704\) 336-5119](tel:7043365119) पर फ़ैक्स या ईमेल की जा सकती है

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

यदि आपके कोई प्रश्न हैं तो कृपया [704.336.5055](tel:7043365055) पर पैराट्रांज़िट पात्रता तथा प्रमाणन कार्यालय से संपर्क करें।



## ADA पैरा-ट्रांज़िट सेवा के लिए आवेदन

आवेदन ID:

शार्लोट एरिया ट्रांज़िट सिस्टम (CATS) स्पेशल ट्रांसपोर्टेशन सर्विस (STS) हेतु आवेदन करने के लिए आपको धन्यवाद।
STS एक पैराट्रांज़िट सेवा है जिसे CATS उन व्यक्तियों को प्रदान करती है जो विकलांगता के कारण निश्चित मार्ग की बस सेवा का उपयोग करने में असमर्थ हैं। STS "ADA पैराट्रांज़िट योग्य" के रूप में पहचाने गए लोगों को वैन/साइकल सवारी सेवा प्रदान करता है। STS उन व्यक्तियों की सहायता करता है जो किसी शारीरिक, दृष्टिगत, या पहचान-संबंधी विकलांगता के कारण अकेले बस पर नहीं चल सकते।
<b>पात्रता के प्रकार</b>
<b>बिना शर्त:</b> आप फिक्स्ड रूट बस पर अकेले सफर करने में असमर्थ होने के कारण STS का इस्तेमाल कर सकते हैं। <b>सशर्त:</b> जब आपकी विशिष्ट "स्थिति" आपको फिक्स्ड रूट बस पर सफर करने से रोकती हो तो आप STS का इस्तेमाल कर सकते हैं। <b>अस्थायी:</b> आप अस्थायी अवधि के लिए STS का इस्तेमाल कर सकते हैं, जब बस में सफर करने की आपकी स्थिति के सुधरने या बदलने की संभावना हो। <b>अपात्रता:</b> यह फैसला किया गया है कि आप फिक्स्ड रूट बस पर अकेले सफर करने योग्य हैं इसलिए STS पैरा-ट्रांज़िट का इस्तेमाल करने के योग्य नहीं हैं। अपील की प्रक्रिया उपलब्ध है और उसके निर्देश अपात्रता पत्र में दिये हुए हैं।
<b>मदद</b>
यदि आपको आवेदन-पत्र भरने में सहायता की ज़रूरत है तो कृपया ADARIDE @ (877) 232-7433 से संपर्क करें। कृपया भरे हुए दोनों फॉर्म फॉरवर्ड करें: ADARIDE 19300 S. HAMILTON AVE SUITE #120 GARDENA, CA 90248 या (310) 410-0239 पर फैक्स करें, या <a href="mailto:Info@adaride.com">Info@adaride.com</a> को ईमेल करें।
<b>प्रोसेसिंग अवधि</b>
एक बार आपका भरा हुआ आवेदन मिल जाने पर हम STS पैराट्रांज़िट सेवा के लिए आपकी पात्रता पर विचार शुरू करेंगे। यदि केवल आवेदन और सत्यापन से आपकी STS पैराट्रांज़िट सेवा की पात्रता साबित नहीं होती, या अस्पष्ट / विरोधाभासी / संदिग्ध रहती है, तो आपसे तत्काल व्यक्तिगत मोबिलिटी कांफ्रेंस के लिए संपर्क किया जायेगा। यदि आप व्यक्तिगत मोबिलिटी कांफ्रेंस में शामिल होने के लिए परिवहन पाने में असमर्थ हैं, तो STS उस स्थान तक आने-जाने के लिए आपको बिना किसी खर्च के वाहन उपलब्ध करायेगा। एक बार आपकी संभावित व्यक्तिगत मोबिलिटी कांफ्रेंस सहित समस्त आवेदन प्रक्रिया पूरी हो जाने के बाद हमारे पास 21 दिन होते हैं जिसके अंदर हमें अपना फैसला लेना है और आपको लिखित सूचना देनी है। आवेदन ID:
<b>व्यक्तिगत विवरण</b>

प्रथम नाम: _____	मध्य नाम: _____
अंतिम नाम: _____	लिंग: _____
डिफ़ॉल्ट भाषा _____	TDD: _____
जन्म की तारीख: _____	जन्म का स्थान: _____
ई-मेल पता: _____	प्रारूप: _____
यूजर नेम: _____	
दिन का फ़ोन: _____	शाम का फ़ोन: _____
मोबाइल: _____	

डाक का पता
गली#: _____ गली _____ अपार्टमेंट#: _____
शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____
घर का पता
गली#: _____ गली: _____ अपार्टमेंट#: _____

शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप कोड: \_\_\_\_\_

आवेदन ID: \_\_\_\_\_

व्यक्तिगत देखभाल प्रदाता

1. क्या आपको व्यक्तिगत देखभाल प्रदाता की आवश्यकता है?  हाँ  नहीं

व्यक्तिगत देखभाल प्रदाता (PCA) को हाँ करने का मतलब है कि आपको सफलतापूर्वक यात्रा पूरी करने के लिए अपने साथ किसी और की ज़रूरत है। PCA उपलब्ध नहीं कराया जायेगा, यह आपकी ज़िम्मेदारी है कि आप उसे साथ लायें और वह मुफ्त यात्रा कर सकते हैं।

क्या यह आवेदन भरने में किसी ने मदद की?

2. क्या यह आवेदन भरने में किसी ने आपकी मदद की?  हाँ  नहीं

प्रथम नाम: \_\_\_\_\_ अंतिम नाम: \_\_\_\_\_

ई-मेल पता: \_\_\_\_\_ फ़ोन: \_\_\_\_\_

संबंध: \_\_\_\_\_ इस व्यक्ति से संपर्क:  हाँ  नहीं

आपातकालीन संपर्क

3. क्या आप अपना आपातकालीन संपर्क उपलब्ध कराना चाहेंगे?  हाँ  नहीं

प्रथम नाम: \_\_\_\_\_ मध्य नाम: \_\_\_\_\_

अंतिम नाम: \_\_\_\_\_ ई-मेल पता: \_\_\_\_\_

दिन का फ़ोन: \_\_\_\_\_ शाम का फ़ोन: \_\_\_\_\_

मोबाइल फ़ोन: \_\_\_\_\_ संबंध: \_\_\_\_\_

गली#: \_\_\_\_\_ गली: \_\_\_\_\_ अपार्टमेंट#: \_\_\_\_\_

शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप कोड: \_\_\_\_\_

आवेदन

आवेदक की चिकित्सकीय स्थितियाँ

4. आपकी चिकित्सकीय स्थिति(याँ) / विकलांगता क्या है? \_\_\_\_\_

5. क्या यह अस्थायी विकलांगता या स्वास्थ्य स्थिति है?

हाँ  नहीं

6. क्या आप इस समय कोई उपचार करा रहे हैं?

हाँ  नहीं

7. यदि हाँ, तो आपको कितने समय तक यह उपचार कराना होगा?

1 - 3 महीने  3 - 6 महीने  6 - 9 महीने

9 - 12 महीने  एक वर्ष से अधिक

8. आप कौन सा इलाज करा रहे हैं?

कोई नहीं  फिजिकल थेरेपी  कीमोथेरेपी

रेडिएशन थेरेपी  डायलिसिस  साइकोथेरेपी

गैर-भारवहन इम्मोबिलिज़ेशन  भारवहन इम्मोबिलिज़ेशन  यात्रा प्रशिक्षण

पुनर्वास कार्यक्रम  सर्जरी  नई दवाइयाँ

दवाइयाँ  कन्वैलेसेन्स  अन्य

9. कृपया नीचे दिये वक्तव्य पढ़ें और जो आपकी विकलांगता को सबसे अच्छी तरह वर्णित करता है, उसे चिह्नित करें।

- मैं ट्रांजिट प्रणाली पर अकेले सफर कर सकता/ती हूँ।
- मुझे लगता है कि अगर कोई मुझे सिखाये कि कैसे यात्रा करनी है तो मैं सिटी बस में यात्रा करना सीख सकता/ती हूँ।
- मैं कुछ यात्राओं के लिए सिटी बस का इस्तेमाल कर सकता/ती हूँ लेकिन अन्य के लिए नहीं।
- मेरी विकलांगता अस्थायी है और मुझे केवल ठीक होने तक CATS की आवश्यकता है।
- मैं अपने आप अकेले सिटी बस में यात्रा नहीं कर सकता/ती।

आवेदन ID:

10. क्या आप कहीं आने-जाने के लिए मोबिलिटी उपकरण का इस्तेमाल करते हैं?  हाँ  नहीं

11. यदि हाँ, तो सूची में से लागू होने वाले को चिह्नित करें।

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> मोटर/बिजली से चलने वाली व्हील चेयर | <input type="checkbox"/> बैसाखी                   |
| <input type="checkbox"/> हाथ से चलायी जाने वाली व्हील चेयर  | <input type="checkbox"/> सचल ऑक्सीजन              |
| <input type="checkbox"/> स्कूटर                             | <input type="checkbox"/> कोई नहीं                 |
| <input type="checkbox"/> स्पोर्ट व्हील चेयर                 | <input type="checkbox"/> अन्य                     |
| <input type="checkbox"/> वॉकर                               | <input type="checkbox"/> संचार बोर्ड              |
| <input type="checkbox"/> सेवा करने वाले पशु                 | <input type="checkbox"/> पैर में पहनने की ब्रेसिस |
| <input type="checkbox"/> कृत्रिम अंग                        | <input type="checkbox"/> चित्र/अक्षर बोर्ड        |
| <input type="checkbox"/> छड़ी                               | <input type="checkbox"/> सेगवे                    |
| <input type="checkbox"/> सफ़ेद छड़ी                         |   |

12. क्या आपका स्कूटर/व्हीलचेयर 30" से अधिक चौड़ा है?

- हाँ  नहीं  मुझे पता नहीं  लागू नहीं

13. क्या आपका स्कूटर/व्हीलचेयर 48" से अधिक लम्बा है?

- हाँ  नहीं  मुझे पता नहीं  लागू नहीं

14. क्या आपका और आपके चालक उपकरण का संयुक्त भार 600 पौंड से अधिक है?

- हाँ  नहीं  मुझे पता नहीं  लागू नहीं

15. विवरण:

16. क्या आप स्वतंत्र रूप से बस का इस्तेमाल कर सकते हैं?

- हाँ/कभी कभार  नहीं/पता नहीं  शायद, प्रशिक्षण के बाद

फिक्स्ड रूट्स

17. यदि आप स्वतंत्र रूप से बस का इस्तेमाल करते हैं तो अपने रूट्स बताइये:

प्रथम रूट

गंतव्य नाम: \_\_\_\_\_

रूट्स: \_\_\_\_\_

गली#: \_\_\_\_\_ गली: \_\_\_\_\_

शहर: \_\_\_\_\_

ट्रांसफर के साथ?

दूसरा रूट

गंतव्य नाम: \_\_\_\_\_

रूट्स: \_\_\_\_\_

गली#: \_\_\_\_\_ गली: \_\_\_\_\_

शहर: \_\_\_\_\_

ट्रांसफर के साथ?

18. क्या आपको बस में चलते समय किसी के साथ यात्रा करने की आवश्यकता होगी (व्यक्तिगत देखभाल प्रदाता)?

हाँ  नहीं  कभी कभार

पता नहीं

यदि आपने हाँ चुना है तो कृपया बतायें:

19. CATS उन लोगों को यात्रा प्रशिक्षण देता है जो बस का इस्तेमाल करना सीखना चाहते हैं। इस प्रश्न का उत्तर हाँ में देने पर CATS आपसे मुलाक़ात का समय निर्धारित करने के लिए संपर्क कर सकता है। क्या आप यात्रा प्रशिक्षण में रुचि रखते हैं?

हाँ  नहीं

20. क्या आपको सुनने में कोई समस्या है जिसके कारण आप बस में सफर नहीं कर सकते?

हाँ  नहीं

यदि आपने हाँ चुना है तो कृपया बतायें:

21. क्या आपको देखने में कोई समस्या है जिसके कारण आप बस में सफर नहीं कर सकते?

हाँ  नहीं

यदि आपने हाँ चुना है तो कृपया बतायें:

22. क्या आपको स्मृति की कोई समस्या है जिसके कारण आप बस में सफर नहीं कर सकते?

हाँ  नहीं

यदि आपने हाँ चुना है तो कृपया बतायें:

23. क्या आपको संतुलन की कोई समस्या है जिसके कारण आप बस में सफर नहीं कर सकते?

हाँ  नहीं

यदि आपने हाँ चुना है तो कृपया बतायें:

24. क्या आपको साँस लेने में कोई समस्या है जिसके कारण आप बस में सफर नहीं कर सकते?

हाँ  नहीं

यदि आपने हाँ चुना है तो कृपया बतायें:

25. यदि बस स्टॉप पर बैठने की कोई जगह न हो, तो क्या आपको 15 मिनट खड़े रहने में समस्या होगी?

हाँ  नहीं

यदि आपने हाँ चुना है तो कृपया बतायें:

26. क्या आपको पैसे गिनने और बस ड्राइवर को देने में समस्या होगी?

हाँ  नहीं

यदि आपने हाँ चुना है तो कृपया बतायें:



27. क्या आपको अकेले सड़क पार करने में समस्या होगी?

हाँ  नहीं

यदि आपने हाँ चुना है तो कृपया बतायें:

28. आप बिना आराम किये, कितनी दूर तक चल (यदि लागू हो तो चालक उपकरण के साथ) या व्हील कर सकते हैं?

29. क्या निम्नलिखित में से कोई आपको बस में चलने से रोकता है?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> सर्दी                                    | <input type="checkbox"/> गर्मी                                  | <input type="checkbox"/> बरसात   |
| <input type="checkbox"/> रतौंधी                                   | <input type="checkbox"/> बर्फ़बारी                              | <input type="checkbox"/> प्रकाश संवेदनशीलता (धूप, बदली, आदि)               |
| <input type="checkbox"/> साइड-वॉक न होना                          | <input type="checkbox"/> सड़क पर उतरने के ढलान (कर्ब कट) न होना | <input type="checkbox"/> ऊबड़-खाबड़ रास्ता (गंदी सड़क, गड्ढे, आदि)         |
| <input type="checkbox"/> पहाड़ी                                   | <input type="checkbox"/> बस स्टॉप तक पहुँच न पाना               | <input type="checkbox"/> 50 फुट (1 ब्लॉक) चलने/व्हील करने में असमर्थ होना  |
| <input type="checkbox"/> वायु प्रदूषण (धुआँ, कोहरा, एलर्जी)       | <input type="checkbox"/> अच्छे/बुरे दिन                         | <input type="checkbox"/> 1/4 मील (3 ब्लॉक) चलने/व्हील करने में असमर्थ होना |
| <input type="checkbox"/> ताक़त और सहनशीलता का अभाव (अत्यधिक थकान) | <input type="checkbox"/> बसें बदलने में असमर्थ होना             | <input type="checkbox"/> 3/4 मील (9 ब्लॉक) चलने/व्हील करने में असमर्थ होना |
| <input type="checkbox"/> कोई नहीं                                 |   |  |

मैं समझता/ती हूँ कि इस शर्त पर हस्ताक्षर करके मैं ADAride.com और शार्लोट एरिया ट्रांजिट (CATS) को अपनी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी को निम्नलिखित उद्देश्यों तथा गतिविधियों के लिए इस्तेमाल और उद्घाटित करने की सहमति दे रहा/ही हूँ।

- 1) परिवहन प्रदाताओं और मोबिलिटी सेवाओं को जानकारी हस्तांतरित करना।
- 2) पैराट्रांजिट अर्हता के उद्देश्य से आपकी विकलांगता और उपचार योजना के सत्यापन के लिए आपके स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता से संपर्क करने की अनुमति।
- 3) जहाँ तक मेरी जानकारी है, यहाँ दी गयी सभी सूचना सही और सत्य है।
- 4) मैं सहमत हूँ कि जब कभी मेरी मोबिलिटी में कोई महत्वपूर्ण बदलाव होगा तो मैं CATS को सूचित करूँगा/गी।

ADAride.com और CATS इस प्रक्रिया में आपके सहयोग के लिए आभारी हैं और आश्वासन देते हैं कि आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी का प्रबंधन HIPAA (हेल्थ इंश्योरेंस पोर्टेबिलिटी एंड एकाउंटेबिलिटी एक्ट) द्वारा अनुमोदित कड़ी नीतियों और प्रक्रियाओं के अनुरूप किया जायेगा।

मुझे मालूम है कि मुझे इस सहमति पत्र पर हस्ताक्षर करने से पहले, इसकी समीक्षा करने और एक प्रति प्राप्त करने का अधिकार है। मैं एतद्वारा प्रमाणित करता/ती हूँ कि अर्हता प्रक्रिया के दौरान उपलब्ध करायी गयी सूचनायें मेरी जानकारी के अनुसार सही और सत्य हैं। मैं समझता/ती हूँ कि इस प्रक्रिया में या मेरे आकलन के दौरान दी गयी ग़लत जानकारी के फलस्वरूप मुझे पैरा ट्रांजिट सेवा प्राप्त करने से वंचित किया जा सकता है।

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

क्या आपको छोड़े जाने पर आपकी कोई टिप्पणी या प्रतिबन्ध हैं?

\_\_\_\_\_



## स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर द्वारा सत्यापन

(केवल पेशेवर उपयोग के लिए)

आपके ग्राहक / मरीज़ CATS की STS पैराट्रांजिट सेवा के लिए आवेदन कर रहे हैं।

साझा जानकारी को हेल्थ इश्योरेंस पोर्टेबिलिटी एंड एकाउंटेबिलिटी एक्ट (HIPAA) के प्रावधानों के अनुसार संरक्षित रखा जायेगा और आपके मरीज़ / ग्राहक ने सहमति दी है कि शार्लोट एरिया ट्रांजिट सिस्टम और उसके अर्हता निर्धारक ADARide.com इस जानकारी के लिए आवेदन के ज़रिये आपसे संपर्क कर सकते हैं। आपके सहयोग और सहायता के लिए हम आपके आभारी हैं। यदि आपके कोई प्रश्न या टिप्पणी हैं, तो कृपया हमसे 1-877-232-7433, [www.adaride.com](http://www.adaride.com) और फ़ैक्स 310-410-0239 पर संपर्क करने में न झिझकें।

कृपया इस फॉर्म को सुरक्षित रूप से भेजें:

कृपया भरे हुए दोनों फॉर्म फॉरवर्ड करें:

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

या फ़ैक्स करें: (310) 410-0239

या ईमेल करें: [info@adaride.com](mailto:info@adaride.com)

इस फॉर्म को भरने की योग्यता वाले स्वास्थ्य पेशेवर

पुनर्वास विशेषज्ञ

स्वतंत्र आजीविका परामर्शदाता

सामाजिक कार्यकर्ता / पारिवारिक परामर्शदाता

मनोवैज्ञानिक / मनोचिकित्सक

ऑक्यूपेशनल / फिजिकल थेरेपिस्ट / सहायक

मेडिकल डॉक्टर / सहायक

रजिस्टर्ड नर्स / नर्सिंग असिस्टेंट / मेडिकल असिस्टेंट / स्पेशल

एजुकेशन टीचर

ग्राहक / मरीज़ प्रथम और अंतिम नाम:

आपकी पेशेवर जानकारी

प्रथम नाम: \_\_\_\_\_

मध्य नाम: \_\_\_\_\_

अंतिम नाम: \_\_\_\_\_

पेशेवर

पेशा: \_\_\_\_\_

लाइसेंस #: \_\_\_\_\_

दिन का फ़ोन: \_\_\_\_\_

ई-मेल पता: \_\_\_\_\_

पता

मोबाइल फ़ोन: \_\_\_\_\_

गली#: \_\_\_\_\_

गली: \_\_\_\_\_

अपार्टमेंट#: \_\_\_\_\_

शहर: \_\_\_\_\_

राज्य: \_\_\_\_\_

1. आप अपने ग्राहक/मरीज़ के जिस निदान का इलाज कर रहे हैं, और यदि उनका कोई और निदान है तो कृपया वह बतायें।

2. कृपया बतायें कि निम्नलिखित में से कौन सी श्रेणी आपके ग्राहक/मरीज़ को सबसे अधिक बाधित करती है।

यदि आपके ग्राहक/मरीज़ की स्वतंत्रता और चलने-फिरने की क्षमता को दो विकलांगतायें बाधित करती हैं तो आप एक से अधिक श्रेणियों को चिह्नित कर सकते हैं।

मानसिक

शारीरिक

दृष्टिगत

यदि आपने शारीरिक को चुना है तो कृपया श्रेणी चुनें:

हृदय और रक्तवाहिनी संबंधी रोग (कार्डियोवैस्कुलर)

अवयवों का काम न करना / बदला जाना / मधुमेह (डायबिटीज)

पाचन तथा आँत संबंधी रोग (गैस्ट्रोइंटेस्टाइनल)

अस्थि-सम्बन्धी स्थितियाँ

बुढ़ापे से संबंधित रोग (जिरिएट्रिक)

अन्य

संक्रामक रोग / इम्यूनोलॉजी

पीडियाट्रिक रोग

तंत्रिका संबंधी रोग (न्यूरोलॉजिकल)

पल्मोनरी रोग

कैंसर और रक्त-संबंधी (हेमाटोलॉजी)



3. कौन सा विवरण आपके मरीज़ की स्थिति का सटीक बयान करता है?

- इलाज हो रहा है और बेहतर होने की सम्भावना है।  स्थायी स्थिति है जिसके बदलने की कोई उम्मीद नहीं है।  रोग बहुत बढ़ चुका है और लाइलाज है।
- स्थिति से अकेले बस में सफर करने पर कोई असर नहीं पड़ना चाहिए।  इनमें से कोई नहीं

4. रोग का निदान:

5. शुरू होने की तारीख और अनुमानित पूरे होने की तारीख सहित इलाज की योजना:

6. क्या आपने अपने ग्राहक/मरीज़ के लिए कोई उपकरण सुझाया है या आप वर्तमान समय में प्रयुक्त उपकरण के बारे में जानते हैं?

- कोई नहीं  छड़ी  मोटर से चलने वाली व्हील चेयर
- बैसाखी  हाथ से चलायी जाने वाली व्हील चेयर  स्कूटर
- सफ़ेद छड़ी  वॉकर  पैर में पहनने की ब्रेसिस
- सचल ऑक्सीजन  सेवा करने वाले पशु  कृत्रिम अंग
- फोल्लिंग वॉकर

7. क्या आपको अपने ग्राहक/मरीज़ की संतुलन से सम्बंधित चुनौतियों के बारे में पता है?

- हाँ  नहीं  कभी कभार
- मालूम नहीं

यदि आपने हाँ/कभी-कभार चुना है तो कृपया विस्तार से बतायें:

8. क्या आपको अपने ग्राहक/मरीज़ की ताक़त और सहनशीलता से सम्बंधित चुनौतियों के बारे में पता है?

- हाँ  नहीं  कभी कभार
- मालूम नहीं

यदि आपने हाँ/कभी-कभार चुना है तो कृपया विस्तार से बतायें:

9. क्या आप सोचते हैं कि आपका ग्राहक/मरीज़ ज़रूरत पड़ने पर किसी मोबिलिटी उपकरण और छोटे-छोटे विश्राम समय के साथ स्वतंत्र रूप से 3/4 मील (लगभग 9 ब्लॉक) तक चल / व्हील कर सकता है?

- हाँ  नहीं  कभी कभार
- मालूम नहीं

यदि आपने हाँ/कभी-कभार चुना है तो कृपया विस्तार से बतायें:

10. क्या आपको अपने ग्राहक/मरीज़ की स्मृति से सम्बंधित चुनौतियों के बारे में पता है?

- हाँ  नहीं  कभी कभार
- मालूम नहीं

यदि आपने हाँ/कभी-कभार चुना है तो कृपया विस्तार से बतायें:

11. क्या आपको अपने ग्राहक/मरीज़ की सड़क पार करने से सम्बंधित चुनौतियों के बारे में पता है?

- हाँ  नहीं  कभी कभार  
 मालूम नहीं

यदि आपने हाँ/कभी-कभार चुना है तो कृपया विस्तार से बतायें:

12. क्या आपको अपने ग्राहक/मरीज़ के अकेले बस में सफर करने को लेकर (जैसेकि घबराहट का अटैक, पहाड़ी, पहचानने की कमी, गिरने का डर, आदि) सुरक्षा संबंधी चिंतायें हैं?

- हाँ  नहीं  कभी कभार  
 मालूम नहीं

यदि आपने हाँ/कभी-कभार चुना है तो कृपया विस्तार से बतायें:

13. क्या आपको अपने ग्राहक/मरीज़ के ऐसे किसी दृष्टि संबंधी दोष का पता है, जिसके कारण उन्हें सिटी बस के इस्तेमाल में कठिनाई हो?

- हाँ  नहीं  कभी कभार  
 मालूम नहीं

यदि आपने हाँ/कभी-कभार चुना है तो कृपया विस्तार से बतायें:

14. क्या आपको अपने ग्राहक/मरीज़ के ऐसे किसी श्रवण संबंधी दोष का पता है, जिसके कारण उन्हें सिटी बस के इस्तेमाल में कठिनाई हो?

- हाँ  नहीं  कभी कभार  
 मालूम नहीं

यदि आपने हाँ/कभी-कभार चुना है तो कृपया विस्तार से बतायें:

15. मैं समझता/ती हूँ कि इस आवेदन का उद्देश्य यह तय करना है कि क्या कोई ऐसा समय है जब आवेदक शार्लोट एरिया ट्रांजिट सिस्टम की सिटी बस सेवा का उपयोग नहीं कर सकते और इसलिए उन्हें सार्वजनिक परिवहन आवश्यकताओं के लिए CATS स्पेशल ट्रांसपोर्टेशन प्रोग्राम की ज़रूरत पड़ेगी। मैं प्रमाणित करता/ती हूँ कि मेरी जानकारी के अनुसार इस आवेदन में मेरे ग्राहक/मरीज़ के बारे में दी गयी सूचनायें सही और सत्य हैं। मैं समझता/ती हूँ कि ग़लत सूचनायें उपलब्ध कराना क़ानूनन दंडनीय हो सकता है।

16. पेशेवर के हस्ताक्षर / नाम: \_\_\_\_\_