

CATS
 (نظام النقل العابر لمنطقة
 شارلوت)
ADA (قانون دعم ذوي الإعاقة
 الأمريكيين) التقدم بطلب الأهلية



عزيزي مقدم الطلب:

شكرًا لك على الاستفسار عن التقدم بطلب للحصول على أهلية نظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS) طبقًا لقانون دعم ذوي الإعاقة الأمريكيين. هذا الطلب هو للتقدم أو لتجديد الأهلية لركوب خدمة المواصلات العامة طبقًا لنظام النقل العابر لمنطقة شارلوت (CATS).

يرجى قراءة هذه المواد المرفقة بعناية قبل إكمال الطلب.

توفّر خدمة المواصلات العامة من CATS للأفراد غير القادرين على استخدام خدمات الحافلات أو السكك الحديدية ذات المسار الثابت بسبب الإعاقة. قد يشمل عدم القدرة على استخدام خدمة الحافلات ذات المسار الثابت عدم القدرة على السفر من أو إلى محطات الحافلات أو الصعود إلى الحافلات أو الخروج منها أو فهم كيفية ركوب الحافلات واستخدام نظامها.

توفر CATS خدمة الركوب العامة من الرصيف إلى الرصيف للأشخاص الذين حُددوا على أنهم مؤهلون لرحلات النقل العامة طبقًا لـ ADA والتي لا يمكن إجراؤها باستخدام خدمة المواصلات ذات المسار الثابت أو السكك الحديدية العادية. قد تتمكن، على سبيل المثال، من استخدام خدمة الحافلات في بعض الرحلات إذا كانت المحطات قريبة، ولا توجد حواجز تمنعك من الوصول إلى الحافلة ومنها. وفي أوقات أخرى، قد لا تتمكن من السفر إلى الحافلات واستخدامها.

توجد 5 فئات من الأهلية:

أهلية غير مشروطة

لا توجد قيود على مستوى الخدمة هذا بشأن موعد أو سبب جدولة رحلة الراكب. هذا المستوى مفيد لأولئك الذين لا يستطيعون استخدام النظام الثابت/السكك الحديدية على أي مستوى. لن يكون للشهادة المؤقتة أو الدائمة أي تأثير على عدد أو سبب الرحلات المجدولة.

1. أهلية غير مشروطة - مؤقتة

سيطلب مستوى الشهادة هذا إعادة التأهل وإعادة التقييم بشكل متكرر بناءً على قدرات الراكب.

2. أهلية غير مشروطة - دائمة

سيكون مستوى الشهادة هذا لأولئك الذين لن يتحسن وضعهم.

أهلية مشروطة

مستوى الخدمة هذا مخصص لأولئك الذين لديهم القدرة، في بعض الأحيان، على الاستفادة من الخدمات الثابتة/خدمات السكك الحديدية. يجب أن يتلقى الراكب تدريبًا على السفر من أجل فهم كيفية الاستخدام الفعال لأجزاء الخدمة الثابتة/السكك الحديدية للسفر إلى وجهاته. التدريب على السفر غير مطلوب.

CATS
(نظام النقل العابر لمنطقة
شارلوت)
ADA (قانون دعم ذوي الإعاقة
الأمريكيين) التقدم بطلب الأهلية



3. أهلية مشروطة - مؤقتة

هذا المستوى من الخدمة مخصص لأولئك الذين يمكنهم استخدام النظام الثابت/نظام السكك الحديدية مع بعض الاستخدامات الضرورية فقط في النقل العام. من المتوقع أن تتحسن الحالة التي تؤثر على الراكب. يمكن أن يكون لهذا المستوى فترة زمنية أقصر من المعتاد لانتهاء الأهلية قبل أن تكون إعادة قبول الراكب ضرورية. يتم فحص هذه الرحلات في وقت الجدولة لضمان استيفاء شروط الرحلة.

4. أهلية مشروطة - دائمة

من حين لآخر، يمكن للراكب استخدام نظام ثابت/سكة حديدية. لا يُتوقع أن تتحسن القيود أو قد تزداد سوءًا.

5. لا أهلية

إذا تبين أنك غير مؤهل للخدمة، ورفض الطلب، فسيتم إرسال خطاب يوضح بالتفصيل أسباب الرفض. سيكون الخطاب مصحوبًا بتعليمات إجراء الاستئناف.

لتمكيننا من تحديد أهليتك لهذه الخدمة بدقة، يرجى إكمال معلومات النموذج التالية بشكل كامل ودقيق قدر الإمكان. تهدف الأسئلة إلى تحديد الظروف التي يمكنك بموجبها استخدام خدمات الطرق الثابتة أو خدمات النقل العام.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في ملء النموذج، أو لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمكتب CATS. يتوفر هذا الخطاب والطلب أيضًا بحروف كبيرة ولغات وتنسيقات بديلة أخرى.

بعد الانتهاء من نموذج طلب الجزء A، يرجى الاستعانة بأخصائي رعاية صحية أو متخصص في إعادة التأهيل لإكمال الجزء B من الطلب. إذا تركت أي أقسام فارغة، فسيتم إرجاع الطلب إليك. المعلومات التي تقدمها في هذا الطلب سرية.

يُرجى عدم إرفاق المستندات أو المعلومات الطبية بهذا الطلب. يمكنك إحضار المعلومات الطبية معك عندما تجري مقابلتك.

في غضون أيام قليلة من استلام طلبك المكتمل، قد يتم الاتصال بك عبر الهاتف لتحديد موعد مقابلة شخصية وتقييم وظيفي لتحديد قدراتك على استخدام الخدمات ذات المسار الثابت من CATS.

CATS
(نظام النقل العابر لمنطقة
شارلوت)
ADA (قانون دعم ذوي الإعاقة
الأمريكيين) التقدم بطلب الأهلية



ستتم معالجة الطلبات المكتملة في غضون 21 يومًا من الاستلام. سيتم إخطارك كتابيًا بحالة أهليتك. إذا تطلب الأمر وقتًا إضافيًا لإكمال التقييم والبت، فسيتم منحك أهلية مؤقتة.

إذا قررنا أنك قادر على استخدام الخدمة ذات الخط الثابت من CATS، وبالتالي فأنت غير مؤهل لاستخدام وسائل النقل الموازية طبقًا لـ ADA، فنسخطرك بالسبب (الأسباب) لهذا القرار. يمكنك استئناف هذا القرار كتابةً. ومع ذلك، لن يتم تقديم خدمة ADA أثناء عملية الاستئناف، ما لم يكن من الممكن إنهاء عملية الاستئناف في غضون 30 يومًا.

يمكن تقديم هذا الطلب إلكترونيًا عن طريق الضغط على زر الإرسال في الصفحة الأخيرة (لن يعمل زر الإرسال إلا إذا تم ملء جميع الحقول المطلوبة) أو يمكن أيضًا إرساله بالبريد الإلكتروني أو طباعة الطلب وإرساله بالبريد بعد أن يكمل مقدم الرعاية الصحية الجزء B من هذا الطلب. يرجى إرسال الطلب بالبريد إلى:

CATS Paratransit – Eligibility
901 North Davidson Street
Charlotte NC 28206

يمكنك إرسال الطلب أو الأسئلة بالبريد الإلكتروني إلى:
CATSADAEligibility@ci.charlotte.nc.us

CATS
 (نظام النقل العابر لمنطقة
 شارلوت)
ADA (قانون دعم ذوي الإعاقة
 الأمريكيين) التقدم بطلب الأهلية



الجزء A (يجب أن يكمل هذا القسم جميع المتقدمين)

معلومات مقدم الطلب				
هل تقدمت بطلب للحصول على الأهلية من قبل*؟ (* يشير إلى حقل مطلوب)		<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا		
رقم هوية الراكب للاستخدام الداخلي فقط				
الاسم الأول*:	الاسم الأوسط	اللقب*	اللاحقة	
عنوان المنزل				
الشارع*:	شقة/شارع#			
مدينة*:	ولاية*:	NC	رمز بريدي:	
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً)				
الشارع*:				
مدينة*:	ولاية*:	NC	رمز بريدي:	
*هاتف (ضع علامة على الأساسي)		<input type="radio"/> جوال:	<input type="radio"/> المنزل#	
البريد الإلكتروني*:				
المعلومات الديمغرافية				
تاريخ الولادة*: (شهر/يوم/سنة)	<input type="radio"/> ذكر <input type="radio"/> أنثى			
اللغة الأساسية*:	<input type="radio"/> إنجليزية	<input type="radio"/> إسبانية	<input type="radio"/> أخرى	غير ذلك، حدد:
تنسيقات يمكن الوصول إليها:	<input type="checkbox"/> قياسية	<input type="checkbox"/> الطباعة الكبيرة	<input type="checkbox"/> أخرى	غير ذلك، حدد:
	<input type="checkbox"/> برايل	<input type="checkbox"/> شريط صوتي أو mp3.		
الاتصال بالطوارئ				
الاسم*:	الصلة:			
جوال#	المنزل#	العمل#		

CATS
(نظام النقل العابر لمنطقة
شارلوت)
ADA (قانون دعم ذوي الإعاقة
الأمريكيين) التقدم بطلب الأهلية



إذا تم إكمال هذا الطلب من قبل شخص آخر غير مقدم الطلب الذي يطلب الاعتماد، فيجب على هذا الشخص إكمال ما يلي:			
الاسم:			
الشارع:			
العنوان:	مدينة:	ولاية:	رمز بريدي:
NC			
الهاتف (اليوم):			
الوكالة:			
الإمضاء:			
التاريخ:			

نبذة حول إعاقته*

	1. ما هي الإعاقة أو الحالة الصحية التي تمنعك من استخدام نظام حافلات المسار الثابت؟
	2. اشرح كيف تمنعك إعاقته من استخدام الحافلات ذات المسار الثابت بمفردك:
<input type="radio"/> دائمة <input type="radio"/> مؤقتة	3. هل الظروف التي وصفتها:
<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	4. هل لديك حساسية درجة حرارة محددة طبيًا؟
<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	5. هل الظروف الجوية الأخرى (الرياح، الغسق/الظلام و/أو الوهج) تؤثر على إعاقته؟
<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	6. هل لديك إعاقة بصرية؟
<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	7. هل يتأثر تنفسك بالطقس أو الظروف البيئية؟
<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	8. هل يتغير مدى إعاقته بعد العلاج الطبي؟

CATS
 نظام النقل العابر لمنطقة
 (شارلوت)
ADA (قانون دعم ذوي الإعاقة
 الأمريكيين) التقدم بطلب الأهلية



السفر إلى/من محطة الحافلات*

<input type="radio"/> دائمة <input type="radio"/> مؤقتة	9. هل أنت قادر على تحديد محطات الحافلات ذات المسار الثابت و/أو الوجهات والمواقع و/أو الشوارع المتقاطعة بشكل مستقل؟
<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	10. هل أنت قادر على السفر بشكل مستقل بعد حلول الظلام؟
<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	11. هل أنت قادر على السفر بأمان واستقلالية لمسافة 400 متر (حوالي 4 ملاعب كرة قدم) دون مساعدة من شخص آخر؟
<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	12. هل أنت قادر على السفر بأمان واستقلالية لمسافة 60 مترًا دون مساعدة من شخص آخر؟
<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	13. هل يمكنك الوصول إلى محطة حافلات حيك والعودة بشكل مستقل؟
<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	14. هل تستطيع الوصول من وإلى أقرب محطة مواصلات عامة؟
15. كم من الوقت يمكنك انتظار وصول الحافلة بالدقائق؟	
16. يرجى تحديد أي وسائل مساعدة على الحركة قد تستخدمها:	
<input type="checkbox"/> جهاز أكسجين محمول <input type="checkbox"/> حيوان خدمة مدرب <input type="checkbox"/> جهاز اتصالات <input type="checkbox"/> عصا بيضاء <input type="checkbox"/> لا شيء <input type="checkbox"/> أخرى وصف آخر :	<input type="checkbox"/> عصا تدعيم <input type="checkbox"/> عكازات <input type="checkbox"/> سناد ووكر <input type="checkbox"/> دعامة (دعامات) الساق <input type="checkbox"/> كرسي متحرك يدوي <input type="checkbox"/> كرسي متحرك يعمل بالطاقة <input type="checkbox"/> سكوتر كهربائي

قانون اللوائح الاتحادية: العنوان 49، العنوان الفرعي ب، الفصل الثالث، الفصل الفرعي ب، الجزء 390: يُعرف الكرسي المتحرك الشائع بأنه: "أداة مساعدة على التنقل تنتمي إلى أي فئة من الأجهزة ذات الثلاث عجلات أو أكثر، ويمكن استخدامها في الداخل، ومصممة أو معدلة ومستخدمة من قبل الأفراد الذين يعانون من إعاقات حركية، سواء كانت الأجهزة تعمل يدويًا أو تعمل بالطاقة."

بشكل عام، لا يمكن ضمان إمكانية الوصول إلى جهاز التنقل الذي يزيد عرضه عن 76 سم أو طوله عن 122 سم أو وزنه عن 272 كجم عند شغله في جميع مركبات CATS. إذا تجاوز جهاز التنقل الخاص بك هذه الأبعاد، فإن CATS لا تضمن توفر خدمة النقل الموازي.

CATS
نظام النقل العابر لمنطقة
شارلوت
ADA (قانون دعم ذوي الإعاقة
الأمريكيين) التقدم بطلب الأهلية



الصعود إلى الحافلة والخروج منها*

17.	هل يمكنك المشي بأمان وبشكل مستقل لأعلى ولأسفل ثلاث (3) خطوات طول كل خطوة 30 سم؟	<input type="radio"/> نعم إذا كانت الإجابة لا، اشرح لنا: <input type="radio"/> مؤقتة
18.	هل أنت قادر على الصعود إلى الحافلة التي يمكن الوصول إليها بواسطة الكراسي المتحركة أو الركوب أو الخروج منها دون مساعدة؟	<input type="radio"/> نعم إذا كانت الإجابة لا، اشرح لنا: <input type="radio"/> لا
19.	هل أنت قادر على الإمساك بالمقابض أو الدرابزين أو العملات المعدنية أو التذاكر أثناء الصعود إلى الحافلة أو الخروج منها؟	<input type="radio"/> نعم إذا كانت الإجابة لا، اشرح لنا: <input type="radio"/> لا
20.	هل تستطيع الصعود إلى السيارة أو الخروج منها إذا كان بها مصعد أو درج يخفض مقدمة الحافلة؟	<input type="radio"/> نعم إذا كانت الإجابة لا، اشرح لنا: <input type="radio"/> لا
21.	هل تستطيع الصعود والنزول من الحافلة بدون مساعدة؟	<input type="radio"/> نعم إذا كانت الإجابة لا، اشرح لنا: <input type="radio"/> لا
22.	هل تحتاج إلى مُرافق (رعاية شخصية، دليل مبصر) أو حيوان خدمة للسفر معك؟	<input type="radio"/> نعم إذا كانت الإجابة بنعم، فاشرح نوع المساعدة التي يقدمونها: <input type="radio"/> لا
23.	هل تسافر مع أطفال تقل أعمارهم عن 10 سنوات؟	<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا

CATS
(نظام النقل العابر لمنطقة
شارلوت)
ADA (قانون دعم ذوي الإعاقة
الأمريكيين) التقدم بطلب الأهلية



إتاحة المعلومات*

أثناء تقديم الطلب، أدرك أن الغرض من هذا الطلب هو تحديد أهليتي لاستخدام خدمات النقل الموازي طبقاً لـ ADA بنظام العبور في منطقة شارلوت. أفوض الشخص المختص الذي أكمل الجزء B من هذا الطلب للإفصاح عن المعلومات المتعلقة بإعاقتي أو حالتي الطبية إلى نظام العبور في منطقة شارلوت وأي لجنة مراجعة للأهلية، وأنا أدرك أن المعلومات الواردة هنا سيتم التعامل معها بسرية، ما لم يقتض القانون خلاف ذلك. أدرك كذلك أن نظام العبور في منطقة شارلوت يحتفظ بالحق في طلب معلومات إضافية وفقاً لتقديره. أوافق على إخطار نظام العبور في منطقة شارلوت بأي تغييرات في حالة إعاقتي والتي قد تؤثر على قدرتي على استخدام خدمة النقل الموازية. أدرك أيضاً أن هذا قد يؤثر على أهليتي كراكب.

أقر بموجبه بأنني الشخص الذي يطلب اعتماداً لخدمة النقل الموازية التكميلية طبقاً لـ ADA وأن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة ودقيقة:

الاسم المطبوع لمقدم الطلب*:	التاريخ*:
إمضاء مقدم الطلب*:	
توقيع ولي الأمر أو الوصي القانوني (إذا لم يتمكن مقدم الطلب من التوقيع)	
الاسم المطبوع لولي الأمر/الوصي:	
الإمضاء:	
التاريخ:	

شكراً لاستكمال هذا الطلب.

سيتم إخطارك كتابياً في غضون 21 يوماً من استلام هذا الطلب بالقرار الذي تم اتخاذه وسبب (أسباب) هذا القرار.

يجوز لأي شخص رُفضت أهليته أو مُنح أهلية مشروطة تقديم طلب كتابي للاستئناف في غضون 60 يوماً. لن يتم تقديم الخدمة بموجب ADA أثناء عملية الاستئناف، ما لم يكن من الممكن إنهاء عملية الاستئناف في غضون 30 يوماً. تُمنح الأهلية للخدمة الموازية لمدة تصل إلى ثلاث (3) سنوات، بغض النظر عن الدوام أو الطبيعة المؤقتة للقيود الوظيفية.

CATS
نظام النقل العابر لمنطقة
شارلوت
ADA (قانون دعم ذوي الإعاقة
الأمريكيين) التقدم بطلب الأهلية



ستتم إعادة الطلب غير المكتمل إلى مقدم الطلب

الجزء B

التحقق من قبل أخصائي الرعاية الصحية

يجب إكمال هذا القسم من قبل أخصائي رعاية صحية أو أخصائي إعادة تأهيل مرخص له على دراية بإعاقتك أو حالتك الطبية وقدراتك الوظيفية.

معلومات عن المريض	
الاسم المطبوع للمريض:	
تاريخ ميلاد المريض (شهر/يوم/سنة):	
عنوان المريض:	
هاتف المريض:	
(رقم هوية الراكب # للاستخدام الداخلي فقط)	

وفقاً للاتي: قانون دعم ذوي الإعاقة الأمريكيين (ADA) لعام 1990، 49 قانون اللوائح الفيدرالية 37.121، الجزء الفرعي و، يطلب من مقدم الطلب في الجزء أ وما فوقه من هذا الطلب، تقديم معلومات تتعلق بقدراته/قدراتها على استخدام أنظمة عبور منطقة شارلوت (CATS) لخدمة وسائل النقل ذات المسار الثابت. قد تقدم CATS خدمات وسائل النقل الموازية طبقاً لـ ADA للأفراد الذين يعانون من إعاقة أو حالة طبية تمنعهم أحياناً أو دائماً من استخدام نظام الحافلات أو السكك الحديدية ذات المسار الثابت. قد تشمل عدم القدرة على استخدام خدمة الحافلات أو السكك الحديدية ذات المسار الثابت عدم القدرة على السفر من أو إلى محطات الحافلات/السكك الحديدية، أو ركوب أو الخروج من الحافلات/عربات السكك الحديدية أو فهم كيفية الركوب واستخدام نظام النقل. ستسمح لنا المعلومات التي تقدمها لـ CATS بتقييم الطلب وتحديد الاحتياجات الخاصة لهذا الفرد. شكرًا لتعاونك.

يرجى ملاحظة الآتي: يمكن الوصول إلى نظام الحافلات والقطارات ذات المسار الثابت من CATS للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى مصاعد للصعود إلى الحافلات/عربات السكك الحديدية والخروج منها، والمركبات التي تقترب إلى الرصيف، و/أو تحتاج إلى إعلانات صوتية عن محطات النقل. الفرد المتقدم للحصول على خدمات وسائل النقل الموازية طبقاً لـ ADA يجب ألا يكون قادرًا على الوصول إلى هذه الخدمات بسبب الآتي:

- الظروف التي تمنعه من الوصول إلى أو من محطة حافلات CATS ذات المسار الثابت، أو التنقل بين المركبات و/أو
- الظروف التي تمنعه من الصعود أو الركوب أو النزول من الحافلة ذات المصعد.

إن الأفراد الذين يؤدون هذه المهام بأسلوب غير مريح أو غير موافٍ غير مؤهلين لخدمات وسائل النقل الموازية، ويطلب منهم التحقق من ذلك.

1. يرجى قراءة الجزء A من هذا الطلب بالكامل.
2. املا الجزء B من الطلب بالكامل، باستخدام المعايير المقدمة.
3. أعد الطلب إلى مقدمه

CATS
 نظام النقل العابر لمنطقة
 (شارلوت)
ADA (قانون دعم ذوي الإعاقة
 الأمريكيين) التقدم بطلب الأهلية



4. قد يتم الاتصال بك للحصول على معلومات إضافية إذا بقيت أسئلة غير مجابة حول قدرات مقدم الطلب.
 إذا كانت لديك أي أسئلة، فاتصل بـ CATS على **(704) 336-5055**.

اعتماد أخصائي الرعاية الصحية							
نعم <input type="radio"/>	لا <input type="radio"/>						
نعم <input type="radio"/>	لا <input type="radio"/>						
لقد قرأت الجزء A في مجمله:							
لقد رأيت مقدم الطلب هذا سابقًا:							
إذا كانت الإجابة بلا، اشرح ذلك:							
تاريخ آخر مرة رأيت فيها مقدم الطلب أو تعاملت معه؟							
حالة (حالات) مقدم الطلب المعوقة في حالة الشخص العادي:							
إذا كان لديه ضعف معرفي، ما هو العمر المعرفي ومستوى الذكاء؟							
في رأيي، يمكن لمقدم الطلب الانتقال بشكل مستقل من منزله/منزلها إلى الرصيف:							
نعم <input type="radio"/>	لا <input type="radio"/>						
بعض الأحيان <input type="radio"/>							
إذا كانت الإجابة بلا أو بعض الأحيان، يُرجى التوضيح:							
اذكر أي وسائل مساعدة على الحركة يستخدمها مقدم الطلب:							
باقتراض استخدام وسيلة مساعدة على التنقل، إن أمكن، وبدون عوائق كبيرة في طريقه، إلى أي مدى يمكن لمقدم الطلب أن يسافر بشكل مستقل دون مساعدة؟ ما يصل إلى:							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
إذا كان لديه ضعف بصري، فقم بإدراج أفضل حدة بصرية تم تصحيحها							
سنيلين:	يمين:	يسار:					
تقييد المجال:	يمين:	يسار:					
تاريخ الاختبار:							
هل تتغير قدرة مقدم الطلب على السفر بسبب العلاجات الطبية أو الظروف البيئية (الحرارة، الرطوبة، البرد، الثلج، والجليد) أو عوامل أخرى ذات صلة؟							
نعم <input type="radio"/>	لا <input type="radio"/>	بعض الأحيان <input type="radio"/>					
إذا كانت الإجابة بنعم أو بعض الأحيان، يُرجى التوضيح:							
ظروفه	دائمة <input type="radio"/>	مؤقتة <input type="radio"/>	(بالشهور) <input type="radio"/>				

CATS
(نظام النقل العابر لمنطقة
شارلوت)
ADA (قانون دعم ذوي الإعاقة
الأمريكيين) التقدم بطلب الأهلية



تعليقات إضافية:

يرجى اختيار العبارة التالية التي تمثل رأيك على أفضل وجه فيما يتعلق باستخدام هذا الفرد لوسائل النقل العام:	
يجب أن يكون هذا الشخص قادرًا على الوصول إلى خدمات الحافلات ذات المسار الثابت بنجاح.	
لا يمكن لهذا الفرد استخدام خدمة الحافلات ذات المسار الثابت بسبب قيود وظيفية متعددة.	
يمكن لهذا الفرد استخدام خدمة الحافلات ذات المسار الثابت في حالات معينة كما هو مذكور أدناه:	

أقر بأن المعلومات التي قدمتها هنا هي تمثيل عادل للضعف أو الحالة الطبية لمقدم الطلب وهي دقيقة على حد علمي. أدرك أن المعلومات المقدمة هنا سيتم استخدامها لغرض وحيد هو تحديد أهلية مقدم الطلب للحصول على خدمات وسائل النقل الموازية. أوافق أيضًا على أنه يجوز لـ CATS الاتصال بي لتوضيح أي معلومات قدمتها، وأنتي سأرد بحسن نية.		
الاسم بالكامل لأخصائي الصحة (مطبوعاً)		
الشركة أو الوكالة		
العنوان		
الترخيص أو الشهادة #		
الهاتف	الفاكس	
لن يتم قبول إكمال هذا الطلب من قبل أي مهنة أخرى. الانتماء المهني (تحقق من التعيين المناسب):		
<input type="checkbox"/> طبيب مرخص	<input type="checkbox"/> معالج طبيعي مرخص	<input type="checkbox"/> معالج مهني مرخص
<input type="checkbox"/> عامل اجتماعي معتمد	<input type="checkbox"/> أخصائي التوجيه المعتمد/التنقل	<input type="checkbox"/> طبيب نفسي/طبيب أمراض عقلية معتمد
<input type="checkbox"/> مستشار إعادة التأهيل المعتمد	<input type="checkbox"/> أخرى:	
الإمضاء:	التاريخ:	