หากต้องการกรอกแบบฟอร์ม ให้แท็บไปที่แต่ละช่อง
พิมพ์แบบฟอร์มเมื่อกรอกเสร็จแล้ว

ใบสมัคร Paratransit (รถขนส่งกึ่งสาธารณะ)
(กรอกโดยผู้สมัคร)

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ:_____

ที่อยู่: _____ โทรศัพท์: _____

เมือง/ รัฐ / รหัสไปรษณีย์: _____

วันที่เกิด: _____ หมายเลขประกันสังคม_____

ชื่อผู้ติดต่อฉุกเฉิน: _____

โทรศัพท์:_____ ความสัมพันธ์: _____

คำรับรองของผู้สมัคร:

โปรดระบุเหตุผลว่าทำไมคุณจึงต้องการตรวจสอบคุณสมบัติที่จะได้รับบริการรถขนส่งกึ่งสาธารณะตามพระราชบัญญัติชาวอเมริกันที่มีความพิการ ADA (เลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง):

☐ ฉันสามารถใช้รถโดยสารประจำทางของเมืองที่เข้าถึงได้เพื่อไปยังสถานที่บางแห่ง แต่ในบางสถานการณ์ไม่สามารถใช้รถโดยสารประจำทางของเมืองที่เข้าถึงได้

☐ เนื่องจากความพิการของฉัน ฉันจึงไม่สามารถใช้รถโดยสารประจำทางของเมืองที่เข้าถึงได้

ฉันเข้าใจว่าจุดประสงค์ของแบบฟอร์มการประเมินนี้คือการพิจารณาว่ามีบางครั้งหรือไม่ที่ฉันไม่สามารถใช้บริการรถโดยสารประจำทางของเมืองที่เข้าถึงได้ซึ่งให้บริการโดย StarTran และด้วยเหตุนี้จึงต้องใช้บริการ Paratransit ฉันเข้าใจว่าข้อมูลเกี่ยวกับความทุพพลภาพของฉันที่มีอยู่ในใบสมัครนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและแบ่งปันกับผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องในการประเมินคุณสมบัติของฉันเท่านั้น
ฉันขอรับรองว่าข้อมูลในแบบฟอร์มการประเมินนี้เป็นความจริงและถูกต้องตามเท่าที่ฉันทราบ
ฉันเข้าใจว่าการให้ข้อมูลที่เป็นเท็จหรือทำให้เข้าใจผิดอาจส่งผลให้สถานการณ์มีคุณสมบัติเหมาะสมของฉันได้รับการตรวจสอบ รวมถึงการดำเนินการอื่นๆ ที่เป็นไปได้โดย StarTran

ลายเซ็นของผู้สมัคร: _____

วันที่: _____

1. ความพิการประเภทใดหรือประเภทใด ๆ ที่ขัดขวางไม่ให้คุณใช้บริการรถโดยสารประจำทางของเมืองที่เข้าถึงได้ (เลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง).

ภาวะทางการแพทย์ทั่วไป
☐ ไม่มี
☐ การรักษามะเร็ง
☐ โรคเบาหวาน
☐ การฟอกไต
☐ อื่นๆ (อธิบาย) _____

ภาวะกระดูกและข้อ
☐ ไม่มี
☐ โรคข้ออักเสบ
☐ โรคกระดูกพรุน
☐ แขนหรือขาถูกตัด
☐ กระดูกหัก (ระบุ) _____
☐ อื่นๆ (อธิบาย) _____

ภาวะทางสมอง/เส้นประสาท/กล้ามเนื้อ
☐ ไม่มี
☐ โรคอัลไซเมอร์
☐ อาการบาดเจ็บที่สมอง
☐ สมองพิการ
☐ สับสน
☐ ภาวะสมองเสื่อม
☐ โรคลมบ้าหมู
☐ โรคระบบประสาทส่วนกลางเสื่อม
☐ อัมพาตครึ่งซีก
☐ โรคพาร์กินสัน
☐ ภาวะหลังโปลิโอ
☐ เป็นอัมพาตใช้แขนและขาไม่ได้
☐ อาการเส้นโลหิตในสมองแตกอย่างเฉียบพลัน
☐ อื่นๆ (อธิบาย) _____

ภาวะหัวใจและการไหลเวียนของเลือด
☐ ไม่มี
☐ อาการบวมน้ำ
☐ โรคหัวใจ
☐ อื่นๆ (อธิบาย) _____

ภาวะปอดและการหายใจ
☐ ไม่มี
☐ หอบหืด
☐ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
☐ ถุงลมโป่งพอง
☐ โรคมะเร็งปอด
☐ อื่นๆ (อธิบาย) _____

ภาวะการมองเห็น/การได้ยิน/การพูด

☐ ไม่มี
☐ หูหนวก
☐ หูหนวกตาบอด
☐ จอตาเสื่อมจากเบาหวาน
☐ ต้อหิน
☐ หูตึง
☐ ตาบอดตามกฎหมาย
☐ ตาบอดกลางคืน
☐ ไม่พูด
☐ อื่นๆ (อธิบาย) _____

ภาวะทางการพัฒนาการหรือภาวะทางจิต

☐ ไม่มี
☐ ความพิการทางพัฒนาการ
☐ ความพิการทางปัญญา
☐ ออทิสติก
☐ ดาวน์ซินโดรม
☐ ความผิดปกติทางอารมณ์
☐ โรคจิต
☐ อื่นๆ (อธิบาย) _____

โปรดอธิบายภาวะทางการแพทย์/ความพิการของคุณโดยละเอียด:_____
_____

2. ภาวะทางการแพทย์/ความพิการเป็นภาวะชั่วคราวหรือถาวรหรือไม่?

☐ ถาวร
☐ ชั่วคราว; ฉันคาดว่ามันจะเป็นชั่วคราว_____
☐ ฉันไม่ทราบ

3. ภาวะสุขภาพ/ความพิการของคุณเปลี่ยนแปลงเป็นครั้งคราวในลักษณะที่ส่งผลต่อความสามารถของคุณในการใช้รถโดยสารประจำทางของเมืองที่เข้าถึงได้หรือไม่?

☐ ไม่
☐ ใช่ (อธิบาย) _____

4. โปรดระบุว่าคุณใช้อุปกรณ์หรือเครื่องช่วยในการเคลื่อนที่ต่อไปนี้หรือไม่ (เลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง)?

☐ ไม้เท้า
☐ ไม้ค้ำ
☐ ที่รัดขา
☐ วอล์คเกอร์
☐ กระดานตัวอักษร/รูปภาพ
☐ ออกซิเจนแบบพกพา
☐ สกู๊ตเตอร์ไฟฟ้า/รถเข็น
☐ เก้าอี้รถเข็นไฟฟ้า
☐ เก้าอี้รถเข็นธรรมดา
☐ สัตว์บริการ
☐ อื่นๆ (อธิบาย) _____

5. คุณต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลส่วนบุคคล (PCA)
(คนที่ช่วยเหลือคุณในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน) เมื่อเดินทางภายในเมืองหรือไม่?

- [ ] ไม่
- [ ] ใช่

6. คุณเคยใช้บริการรถโดยสารประจำทางของเมืองที่เข้าถึงได้หรือไม่?

- [ ] ใช่ ฉันใช้บริการรถโดยสารประจำทางของเมืองที่เข้าถึงได้สัปดาห์ละครั้ง _____
- [ ] ใช่ฉันทำในอดีต แต่หยุดเพราะ _____
- [ ] ไม่

7. มีอะไรบ้างที่อาจช่วยให้คุณนั่งรถโดยสารประจำทางของเมืองที่เข้าถึงได้? (เลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง)

- [ ] ใช่ ข้อมูลเส้นทางและตารางเวลา
- [ ] ใช่ การเรียนรู้การใช้รถโดยสารที่เข้าถึงได้
- [ ] ใช่ อุปกรณ์ช่วยสื่อสาร
- [ ] ใช่ ถ้าป้ายรถเมล์อยู่ใกล้กับที่ที่ฉันอยู่หรือที่ที่ฉันต้องไป
- [ ] ใช่ (อธิบาย) _____
- [ ] ไม่ สิ่งเหล่านี้จะช่วยไม่ได้

8. คุณสามารถขอและปฏิบัติตามคำแนะนำที่เป็นลายลักษณ์อักษรหรือด้วยวาจาเพื่อใช้รถประจำทางของเมืองที่เข้าถึงได้หรือไม่?

- [ ] ใช่
- [ ] ไม่
- [ ] บางครั้ง
- [ ] ไม่ทราบเพราะไม่เคยใช้บริการรถโดยสารประจำทางที่เข้าถึงได้

หากไม่มีหรือบางครั้ง โปรดเลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง

- [ ] ฉันสับสนเกินไปและอาจหลงทาง
- [ ] คนอื่นไม่สามารถเข้าใจฉัน
- [ ] ฉันอาจจะทำได้หากมีวิธีการ
- [ ] อื่นๆ (อธิบาย) _____

9. คุณสามารถเดินทางไปและกลับจากป้ายรถเมล์ด้วยตัวเองได้หรือไม่?

- [ ] ใช่
- [ ] ไม่
- [ ] บางครั้ง
- [ ] ไม่ทราบเพราะไม่เคยลอง

หากไม่สามารถทำได้หรือทำได้บางครั้ง โปรดเลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง

- [ ] ฉันไม่สามารถไปที่ต่างๆ ได้หากไม่มีทางลาด
- [ ] ฉันไม่สามารถทำได้ถ้าถนนหรือทางเท้าสูงชันเกินไป
- [ ] ฉันไม่สามารถข้ามถนนหรือทางแยกที่พลุกพล่านได้
- [ ] ฉันออกไปข้างนอกไม่ได้เมื่ออากาศร้อนเกินไป
- [ ] ฉันออกไปข้างนอกไม่ได้เมื่ออากาศเย็นเกินไป
- [ ] ฉันมองทางในเวลากลางคืนไม่ได้เพราะมีปัญหาการมองเห็น
- [ ] ฉันสับสนและหาทางไม่เจอ
- [ ] ฉันอาจทำได้หากมีวิธีการ
- [ ] อื่นๆ (อธิบาย) _____

10. ใช้อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนที่หรือเดินทางเองได้ไกลแค่ไหน?

- [ ] ฉันไม่สามารถเดินทางออกนอกบ้านหรืออพาร์ตเมนต์ของฉันได้
- [ ] ฉันสามารถไปที่ทางลาดหน้าบ้าน / อพาร์ตเมนต์ของฉันได้
- [ ] ฉันสามารถเดินทางได้ถึงสี่ช่วงตึก
- [ ] ฉันสามารถเดินทางได้มากกว่าสี่ช่วงตึก

11. คุณรอรถโดยสารประจำทางของเมืองที่เข้าถึงได้และที่ป้ายรถเมล์ได้หรือไม่?

- [ ] ไม่ได้ (อธิบาย) _____
- [ ] ได้ แต่เฉพาะถ้าป้ายรถเมล์มีม้านั่งและ/หรือที่กำบัง
- [ ] ได้ แต่ไม่เกิน_____ นาที

12. คุณสามารถขึ้นและลงรถโดยสารประจำทางของเมืองที่เข้าถึงได้หรือไม่? (หมายเหตุ: ขณะนี้รถโดยสารประจำทางของ StarTran มีลิฟต์สำหรับรถเข็นและ "ที่ลดระดับ" ซึ่งลดความสูงของขั้นบันได ผู้โดยสารที่พบว่าขั้นบันไดสูงเกินไปสามารถขึ้นและลงรถโดยสารได้โดยการยืนบนลิฟต์)

- [ ] ได้
- [ ] ไม่ได้
- [ ] บางครั้ง
- [ ] ไม่ทราบเพราะไม่เคยลอง

หากไม่ได้หรือบางครั้ง โปรดเลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง

- [ ] ฉันไม่ต้องการใช้ลิฟต์ (อธิบาย)_____
- [ ] ฉันอาจจะทำได้หากมีวิธีการ
- [ ] อื่นๆ (อธิบาย) _____

13. หากคุณสามารถขึ้นและลงรถโดยสารประจำทางของเมืองที่เข้าถึงได้ คุณทราบหรือไม่ว่าจะลงจากรถที่ไหนหรือคุณสามารถค้นหาได้ด้วยตัวเอง?

- [ ] ใช่
- [ ] ไม่
- [ ] บางครั้ง
- [ ] ไม่ทราบเพราะไม่เคยลอง

โปรดเลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง

- [ ] ฉันสับสนและจำไม่ได้ว่ากำลังจะไปไหน
- [ ] ฉันทำได้ถ้าคนขับประกาศชื่อสถานีที่จะจอด
- [ ] ฉันอาจจะทำได้ด้วยการฝึกอบรม
- [ ] อื่นๆ (อธิบาย) _____

14. มีเงื่อนไขใดบ้างที่จำกัดความสามารถของคุณในการใช้บริการรถโดยสารประจำทางของเมืองที่เข้าถึงได้?

- [ ] ไม่
- [ ] ใช่ (โปรดอธิบายเงื่อนไขเฉพาะ) _____

_____

การฝึกอบรมการเดินทางเป็นการสอนแบบตัวต่อตัวที่สอนวิธีการใช้บริการรถโดยสารประจำทางของเมืองที่เข้าถึงได้

15. คุณเคยได้รับวิธีการส่วนตัวในการใช้รถโดยสารประจำทางของเมืองที่เข้าถึงได้หรือไม่?

- [ ] ไม่
- [ ] ใช่ ฉันได้รับวิธีการส่วนตัวผ่านหน่วยงาน (ชื่อ)
- [ ] ใช่ ฉันได้รับวิธีการส่วนตัวจากเพื่อน/ญาติ

ระบุทักษะทั้งหมดที่คุณเรียนรู้

- [ ] เพื่อเดินทางไปและกลับจากป้ายรถเมล์
- [ ] เพื่อข้ามถนน
- [ ] เพื่อโดยสารรถในเส้นทางเฉพาะ (โปรดระบุเส้นทาง)
- [ ] อ่านตารางเดินรถและวางแผนการเดินทาง
- [ ] อื่นๆ (อธิบาย) _____

คุณได้ทำตามวิธีการที่อธิบายไว้ข้างต้นหรือไม่?

- [ ] ใช่
- [ ] ไม่

16. StarTran เสนอการฝึกอบรมการเดินทางฟรีให้กับทุกคนที่สนใจเรียนรู้วิธีนั่งรถโดยสารประจำทางที่เข้าถึงได้ คุณสนใจที่จะรับข้อมูลเกี่ยวกับบริการนี้หรือไม่?

- [ ] ใช่
- [ ] ไม่

กรุณากรอกหน้านี้ให้ครบก่อนส่งคืนใบสมัครของคุณ ผู้เชี่ยวชาญคนใดคนหนึ่งในรายการอาจลงนามในใบสมัคร หากหน้านี้ไม่ได้ลงนามโดยผู้เชี่ยวชาญ ใบสมัครจะถูกส่งคืนให้คุณ ซึ่งจะทำให้กระบวนการพิจารณาความเหมาะสมล่าช้า

แบบฟอร์มการยืนยันความเป็นจริงจากผู้เชี่ยวชาญ

โปรดเลือกหนึ่งคำตอบ:

- [ ] ที่ปรึกษาฟื้นฟูการทำงาน
- [ ] นักพยาธิวิทยาการพูด
- [ ] ครูสอนการเรียนพิเศษ
- [ ] นักสังคมสงเคราะห์/ที่ปรึกษาเคส
- [ ] ผู้อำนวยการโครงการอาวุโส
- [ ] นักบำบัดโรคทางเดินหายใจ
- [ ] ที่ปรึกษาสุขภาพจิต
- [ ] นักจิตวิทยา
- [ ] นักนันทนาการบำบัดที่ได้รับการว่าจ้างจากสถานพยาบาล
- [ ] จิตแพทย์
- [ ] ผู้ช่วยแพทย์
- [ ] แพทย์
- [ ] นักกายภาพบำบัด
- [ ] นักกิจกรรมบำบัด
- [ ] พยาบาลเวชปฏิบัติ
- [ ] พยาบาล
- [ ] นักบำบัดโดยการจับกระดูก

พระราชบัญญัติชาวอเมริกันที่มีความทุพพลภาพ 1990 (ADA) เป็นพระราชบัญญัติสิทธิพลเมืองซึ่งกำหนดให้หน่วยงานขนส่งมวลชนให้บริการขนส่งกึ่งสาธารณะแก่ผู้ที่ความพิการเป็นอุปสรรคไม่ให้พวกเขาใช้บริการรถโดยสารประจำทางที่เข้าถึงได้บางครั้งหรือทุกครั้ง บุคคลอาจมีความเหมาะสมที่จะได้รับบริการขนส่งกึ่งสาธารณะเนื่องจากความพิการ หากพวกเขา

1. ต้องเดินทางแบบใช้ลิฟท์และรถโดยสารไม่มีลิฟท์
2. ไม่สามารถไปและกลับจากป้ายรถโดยสารหรือขึ้นหรือลงรถโดยสารที่สามารถเข้าถึงได้โดยอิสระ หรือ
3. ไม่เข้าใจวิธีการเดินทางโดยรถโดยสาร

ข้อมูลที่คุณให้จะช่วยให้เราสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมสำหรับผู้สมัครรายนี้
การยืนยันความจริงจากผู้เชี่ยวชาญจะใช้เพื่อยืนยันความจริงของคำตอบของผู้สมัครในใบสมัคร
ผู้เชี่ยวชาญอาจได้รับการติดต่อเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับคำตอบ

ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ขอบคุณสำหรับความช่วยเหลือ

ชื่อผู้สมัคร:_____

การวินิจฉัยทางการแพทย์ ภาวะทางร่างกายหรือการรับรู้ซึ่งทำให้ไม่สามารถสมัครใช้รถโดยสารประจำทางของเมืองที่เข้าถึงได้และมีลิฟท์: _____
_____
เป็นภาวะชั่วคราวหรือไม่? _____
ถ้าใช่ นานแค่ไหน? _____
ข้อยกเว้น/เพิ่มเติม _____
_____

ฉันขอรับรองว่าข้อมูลในใบสมัครนี้เป็นความจริงและถูกต้องตามความรู้ความสามารถของฉัน

ลายเซ็น: _____ วันที่: _____

ชื่อตัวบรรจง: _____ โทรศัพท์: _____

คลินิก/หน่วยงาน: _____

ที่อยู่: _____ เมือง/รัฐ/รหัสไปรษณีย์: _____