

الهيئة الإقليمية للنقل والعبور منطقة توليدو TARPS الطلب المؤهل بار اترانسيت.

وفقا لقانون أميركا للمعوقين، TARPS هو برنامج نقل إقليمي للأفراد الذين لديهم مجموعة من القيود دون استخدام توجيه ثابت حيث تقوم TARTA بتلبية جميع احتياجاتهم من وسائل النقل. العمر، عدم القدرة على القيادة بأنفسهم، المسافة من محطة الباص، الخ. والخوف من الذنب أو الراحة لا تؤخذ بعين الإعتبار عند اتخاذ اي قرار مؤهل.

ان تكون مؤهل للحصول على هذه الخدمة، الحالة الطبية بالإشتراك مع القيود الوظيفية أو المعرفية تمنع مقدم الطلب من استخدام TARTA مسار ثابت و خدمة الباص دون مساعدة شخص آخر.

التعليمات اللازمة لإكمال الطلب

القسم الأول يستكمل من الشخص الذي يطلب خدمة أو مساعدة **TARPS**. الرجاء قراءة تعريف الأهلية الواردة في الفقرة أعلاه بعناية والنظر في كيفية الشروط الخاصة بك التي تمنعك من استخدام **TARTA**. الرجاء كتابة أو طباعة الإجابات الخاصة بك بوضوح. الرجاء إكمال كل سؤال تماما قدر الإمكان. سيتم إرجاع الطلبات الغير المستوفية للشروط والغير الواضحة وهذا سوف يؤخر طلبكم المؤهل.مقدم الطلب فوق ال ١٨ سنة أو الأهل أو الوصي القانوني على القاصر يوجب عليهم إمضاء وتسجيل كافة الطلبات .

القسم الثاني من الطلب ينبغي ان يستكمل من الإختصاصي المهني الذي يعطي الإثبات والشرح الأفضل للحاجة إلى **TARPS**. الرجاء مطالبة المختص الذي يعطي التقرير ان تكون الأسباب التي تمنعك من إستخدام **TARTA** واضحة ومقنعة. إذا لم ينفذ ذلك فإنه قد يؤدي في الحاجة إلى إجراء تقييمات إضافية قد تساهم وتؤدي إلى تأخير طلبك المؤهل.

يجب إعادة إرسال القسم الأول والثاني من الطلب الى مكاتب **TARTA / TARPS** عن طريق البريد أو الفاكس . الرجال إرسال البريد الى:

TARTA/TARPS الادارة الأهلية

130 knapp street

Toledo ,OH 43604

فاكس: **419 724 6659**

بعد استلام الطلب الخاص بك ،سوف نرسل لك رسالة نطلب منك فيه الإتصال بنا واتخاذ الترتيبات اللازمة لإجراء المقابلة وجها لوجه . إذا كانت لديك الرغبة بالتنقل بسيارة تابعة ل **TARPS** لإجراء هذه المقابلة ،يمكن الإنتقال مجانا إذا كان عنوانك ضمن

محيط منطقة الخدمة ل **TARTA**

ان الهدف من هذه المقابلة هو استعراض التحقيق والطلب الخاص بك وتحديد الأهلية لخدمة **ADA** باراترانسيت . سوف نقوم بأخذ صور شمسية لكل مقدمي الطلبات. قد يحتاج بعض مقدمي الطلبات الى تقييمات إضافية لتحقيق الأهلية. حالما يتم جمع كل المعلومات الأهلية اللازمة سوف تتلقى في غضون ٢١ يوما عن طريق البريد

بلاغ عن وضع أهلية الطلب . ان لم تتلق البلاغ في غضون ٢١ يوما ، عليك ترتيب تنقلاتك إلى حين إبلاغك بقبول الطلب .

القسم الاول

الجزء الأول: معلومات عامة. (السيد. السيدة. الأنسة.)

اسم العائلة: _____ الإسم الأول: _____

اسم الشارع: _____ المبنى، #: _____

اسم المجمع: _____

المدينة: _____ الولاية _____ الرمز البريدي: _____

آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الإجتماعي _____ تاريخ

الميلاد: ____/____/____

هاتف: (البيت) _____ - _____ - _____ جوال _____ - _____ - _____

البريد الالكتروني: _____

هل انت حاليا راكب في **TARPS** نعم _____ لا _____

اذا نعم ما هو رقم البطاقة؟ _____

الرجاء تقديم قائمة بأسماء وأرقام الهاتف لشخصين للاتصال في

حالة الطوارئ:

الإسم: _____

هاتف البيت او جوال: _____

صلة القرابة: _____ هاتف العمل: _____

الإسم: _____

هاتف البيت او جوال: _____

صلة القرابة: _____ هاتف العمل: _____

أقرب رقم مسار حافلة الى عنواني: _____
أقرب تقاطع الى عنوانك: _____

١- _____
٢- _____
هل لديك عناية شخصية من أفراد يقومون بمساعدتك بوظائف الحياة اليومية؟

نعم _____ لا _____
يتم تقديم جميع المعلومات المتعلقة بشركة **TARPS** كتابة ما لم يحدد خلاف ذلك. هل تحتاج الى المعلومات المقدمة لك بشكل آخر؟
إذا نعم ما هو الشكل؟

هل تريد مساعدة لتكمل هذا النموذج؟ نعم _____ لا _____
إذا كانت الإجابة بنعم يرجى إكمال المعلومات التالية حول الشخص الذي ساعدك:

الإسم: _____ رقم الهاتف: _____

صلة القرابة: _____

اسم الوكالة اذا مسجلة (مهنية): _____

العنوان: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

القسم ٢: قدرة المتقدمين للطلبات على استعمال خدمة مسار

الحافلات

الرجاء قراءة العبارات التالية ووضع علامة على كل تلك التي

تصف قدرتك على استخدام مسار الحافلة بشكل ثابت

○ استخدم احيانا خدمة الحافلات بشكل منتظم، لكن لبعض

الرحلات، لم يتم تدريبي ام هناك حواجز اخرى

○ لدي اعاقة مؤقتة تمنعني من الحصول على خدمة الحافلات، سوف احتاج لخدمة **TARPS** حتى استعادة عافيتي

○ لدي اعاقة السير على الأقدام تمنعني من الصعود الى الحافلة

حتى مع رفع الكرسي المتحرك دون مساعدة

○ لا أستطيع الوصول الى موقف الحافلات بمفردي

○ لدي عجز إدراكي يمنعني من تذكر او فهم كل ما علي القيام

به لإيجاد طريقي من والى محطة الحافلات

○ لدي اعاقة بصرية تمنعني من العثور على طريقي من والى

محطة الحافلات

○ لدي حالة طبية خطيرة . وضعي الى مزيد من الضعف يجعلني

من المستحيل استخدام نظام توجيه ثابت

○ لدي اعاقة تأتي وتذهب يمكن استخدام النظام اذا كنت بحالة

جيدة ولكن في الأيام العصبية لا أستطيع التوجه الى المحطة

او استخدام النظام بشكل جيد

بأسلوبك الخاص نرجو منك تقديم شرح وتوضيح عن عدم

إمكانيتك استعمال خدمة نظام الحافلات

القسم ٣: معلومات حول استخدامك لنظام الحافلة الثابت

1. هل سبق وان استخدمت النظام من قبل

نعم ___ لا ___

2. متى كانت آخر مرة تستخدم فيها النظام؟

3. هل تستخدم اي نوع من معدات الدعم التي تساعدك على الحركة؟ نعم ___ لا ___ اذا نعم أوصف:

4. مدى المسافة التي تستطيع السير فيها على الأقدام او تستخدم معدات الدعم للسير؟ اختر الإحتمال الصحيح

الى الارض الموجودة خارج المنزل يمكن ___ لا يمكن ___

الى الرصيف المقابل للمنزل يمكن ___ لا يمكن ___

اكثر من 3 وحدات سكنية (1/4 ميل) يمكن ___ لا يمكن ___

اكثر من 6 وحدات سكنية (1/2 ميل) يمكن ___ لا يمكن ___

اكثر من 9 وحدات سكنية (3/4 ميل) يمكن ___ لا يمكن ___

5. هل بإمكانك الإنتظار أكثر من 15 دقيقة في محطة الحافلات؟

نعم، نعم، هل هناك مأوى ___ لا ___

إذا لا اشرح

لو سمحت:

6. هل يمكنك الحصول أو عدم على مسار الحافلة
الثابت؟ نعم _____ لا _____ أحياناً _____ لا أعرف _____ لم
أحاول أبداً _____

إذا اخترت لا أو أحياناً، اختر الإحتمال الصحيح :

إلا إذا الحافلة لديه رافعة للكرسي المتحرك

لا أستطيع صعود السلالم

لا أريد استعمال الرافعة

غير ذلك

، اشرح

7. إذا كنت قادرًا على الحصول و عدم على مسار الحافلة الثابت

، هل تستطيع الحصول على مقعد أو كرسي متحرك

بنفسك؟ نعم _____ لا _____ أحياناً _____ لا

أعرف _____.

8. إذا اخترت لا أو أحياناً، اختر الإحتمال الصحيح :

أريد شخصاً يساعدني _____

أريد مقعداً بالقرب من الباب _____

عندي مشكلة في التوازن _____

لدي مشكلة في إيجاد مقعد مناسب _____

غير ذلك
اشرح

القسم ٤: الحصول على معلومات إضافية حول الإعاقة ومعدات الإعاقة اللازمة للتنقل

1. ما هي انواع الإعاقات التي تمنعك من استخدام نظام

الحافلة الثابت؟ اختر الإجابة الصحيحة.

الإعاقة الجسدية _____ الإعاقة البصرية/العمى _____

الإعاقة الإدراكية _____ اضطراب عقلي _____

الوضع الصحي _____

غير ذلك _____ ، اشرح _____

2. إعاقتي هي : دائمة _____ مؤقتة _____ لا أعرف _____

إذا كانت مؤقتة ، أتوقع ان تستمر لمدة _____ أشهر

3. تحقق من كافة المعدات ووسائل التنقل التي تستخدم اثناء

ركوب سيارة TARTA.

العصا _____ العصا البيضاء الطويلة _____ حمالات الساق _____

العكازات _____ لوحة الإتصال _____ مشاية _____

كرسي متحرك _____ كرسي متحرك بالطاقة (كهربائي) _____

دراجة كهربائية صغيرة _____ اجهزة دعم عملية _____

خدمة الحيوان _____ إذا كنت تستخدم كرسي متحرك او

دراجة صغيرة ،توقعك في القسم الثامن يؤكد ان الوزن

الإجمالي لك والمعدة الخاصة بك يتطابق مع نظام او قانون

الإعاقة الأميركي الى حد ٦٠٠ باوند او اقل

القسم ٥: البيئة المحيطة بمنزلك إلى أقرب محطة للحافلات

١- بإسلوبك الخاص، صف لنا المنطقة أو البقعة بين المكان الذي تعيش فيه وبين محطة الحافلات. (صف لنا : ممر المشاة، الرؤية، حركة المرور على الطريق، حفريات مؤقتة، إشارات المرور، الأرصفة، الأعمال التجارية، المنطقة أو أي شيء آخر جدير بذكره.)

- ٢- هل هناك ممر للمشاة خارج منزلك؟ نعم _____ لا _____
- ٣- كم عدد الخطوات هناك عند مدخل منزلك؟ _____

القسم ٦: احتياجاتك الخاصة للسفر

1 - حاليا كيف لك ان تذهب إلى الأماكن الموجودة خارج منزلك؟

2 - عدد اثنان او ثلاثة أماكن تقصدها باستمرار

القسم ٧: التدريب على السفر

- التدريب على السفر هو توجيه شخصي يعلّم المهارات اللازمة لإستخدام نظام الحافلات لدى **TARTA** وكيفية الإتصال
- 1 - هل تلقيت التدريب على السفر من قبل؟ نعم _____ لا _____ ،
إذا نعم ،من قام بتدريبك ؟ _____
- 2 - هل لديك الإهتمام في الحصول على هذه الخدمة؟
نعم _____ لا _____
إذا كانت إجابتك لا ،اشرح لماذا لا ترغب في هذا النوع من التدريب؟
-
-
-

القسم ٨ : شهادة المتقدمين

إلتزاما بقانون الإعاقة الأميركي لعام ١٩٩٠ ، **TARTA** توفر خدمة الباراترانسيت لأي شخص معوق، إلى كل شخص مؤهل وغير قادر على إستخدام نظام الحافلات والمسار الثابت، والذي يسافر ضمن ٣/٤ الميل من جدول المسار الثابت. هذه الخدمة المشتركة معدة فقط لتلك الرحلات التي تجعل الراكب غير قادر على تطبيق نظام الحافلات الثابت. ويهدف هذا التطبيق الى تحديد متى وما هي الظروف التي تُمكن مقدم الطلب من استخدام هذه الخدمة المشتركة وخدمة الباراترانسيت.

افهم أن الغرض من هذا التحقيق هو لتحديد ما إذا كانت هناك أوقات عندما لا يمكن استخدام نظام الحافلات الثابت أو نظام

الإتصال وسوف نحتاج إلى استخدام باراترانسيت ونظام الخدمة المشتركة. وافهم ان جميع المعلومات المتعلقة بالإعاقة ستبقى سرية ومشاركة فقط مع أصحاب الشأن من الإختصاصيين والمهنيين الذين يحدّدون أهليتي. وأشهد على كل ما املك من معرفة ،ان كل المعلومات الواردة في هذا التطبيق حقيقية وصحيحة. أفوض لأي منظمة مهنية او وكالة مذكورة في هذا التطبيق عن تحرير جميع المعلومات المتعلقة بإعاقتي إلى مكتب نظام الإعاقة الأميركي لتحديد الأهلية.

توقيع مقدم الطلب: _____

التاريخ: _____

توقيع ولي أمر مقدم الطلب، الوكيل او محامي اذا متوفر :

القسم الثاني

يجب إكمال هذا النموذج من قبل عيادة مختصة:

مثلا: طبيب، ممرضة، أخصائي معالج، أخصائية اجتماعية، الخ .. الى العيادة او المركز المختص إكمال هذا النموذج: ان الشخص الذي يعرض عليك هذا الطلب هو لتطبيق خدمة النقل البري (باراترانسيت). خدمة باراترانسيت هو باب لقانون الإعاقة

الأميركي المكلف إتحاديا الى باب ركوب مشتركة مجهزة
خصوصا خدمة ركوب سيارة للأشخاص الذين يمنعهم العجز من
إستخدام نظام نقل الحافلات في ظل ظروف معينة او كل
الأوقات فقط المهنيين الذين لديهم معرفة وقدرة لمقدمي الطلبات
الوظيفية او حدود لإستخدام نظام النقل العادي ينبغي إكمال هذا
النموذج.الرجاء مساعدتنا في تحديد الأهلية الحقيقية الفردية
لإستخدام خدمة باراترانسيت. لا تتردد في إرفاق أي معلومات
إضافية تعتقد انها تساعد في عملية التقرير

اسم مقدم الطلب: _____
لقد عرفت مقدم الطلب منذ _____ (السنة)
الرجاء عرض قائمة التشخيص _____

- ١- مقدم الطلب لديه إعاقة وظيفية نعم _____ لا _____
إذا نعم ،هل مقدم الطلب قادر على ؟
الوصول الى الرصيف سيرًا على الأقدام او بجهاز تنقل بدون
مساعدة
نعم _____ لا _____
صعود او نزول حافلة النقل باستخدام السلالم او الرافعة؟
نعم _____ لا _____
احصل واحجز مقعدا(اذا لا تستخدم كرسي متحرك او دراجة)
للرحلة؟
نعم _____ لا _____
الوقوف بأمان اثناء ركوب الحافلة اذا لم يتوفر مقعد؟

نعم _____ لا _____

٢- مقدم الطلب لديه نوع من العصبية او العجز الإدراكي نعم _____
لا _____

إذا نعم ، هل مقدم قادر على ؟
التواصل بالعناوين، الأماكن، وأرقام الهاتف عند الطلب؟

نعم _____ لا _____
اسأل عن، افهم واتبع الإتجاهات؟

نعم _____ لا _____
التعرف على الموقع او معلم رئيسي؟
نعم _____ لا _____

التعامل مع حالات غير متوقعة او تغييرات في الروتين ؟
نعم _____ لا _____

السفر بطريق مزدحم بأمان وفعالية ، و/او بطرق معقدة؟
نعم _____ لا _____

٣- هل لدى مقدم الطلب إعاقة بصرية؟ نعم _____ لا _____
إذا نعم، الرجاء أوصِّف ،كيف يمكن للضعف الحدّ من قدرة مقدم
الطلب بإستخدام نظام النقل العادي . _____

٤- هل لدى مقدم الطلب الدليل التشخيصي والإحصائي؟
نعم _____ لا _____ إذا نعم الرجاء وصف كيف سيحد الشرط من
قدرة مقدم الطلب على استخدام نظام النقل العادي

٥- هل هذا العجز مؤقت؟ نعم _____ لا _____

اذا نعم، ما المدة؟ _____
٦- هل هناك أية مخاوف اخرى حول هذه القدرة من مقدمي الطلبات
لإستخدام نظام العبور؟
نعم _____ لا _____

اذا نعم،الرجاء أوصِّف

٧- برأيك المهني هل يستطيع أي من مقدمي الطلبات استخدام اي
نوع من الباصات؟ (كل باصات **TARTA** متوفرة ١٠٠٪)
نعم _____ لا _____ احيانا _____

توقيع الإسم _____ العنوان _____
عنوان المكتب _____
رقم الهاتف _____ فاكس _____
رقم الترخيص _____
الإمضاء _____ التاريخ _____