



## عملية الأهلية

يجب على العملاء المحتملين إكمال نموذج طلب حافلة بلس وتقديم نموذج التحقق المهني الموقع إلى دارت (عبر البريد أو إلكترونياً) للنظر في الخدمة. لاحظ أنه لن يتم اعتبار حزمة الطلب الخاصة بك كاملة إذا لم تكمل بالكامل وترسل كلا المستنديين. بعد استلام حزمة طلبك ومراجعتها، ستقوم دارت بإخطارك عبر البريد في غضون 21 يوماً من تحديد أهليتك. قد نتواصل معك إذا احتجنا إلى معلومات إضافية. إذا لم تكن مؤهلاً، تضمن تعليمات استئناف القرار مع خطاب القرار الخاص بك.

## تطبيق حافلة بلس

لبدء عملية الأهلية، املاً طلب حافلة دارت بلس المرفق. يمكن إكمال هذا النموذج من قبل شخص ما نيابة عن مقدم الطلب إذا تم الإشارة إليه في نهاية النموذج. يتضمن النموذج مناطق لمعلومات الاتصال لمقدم الطلب ومعلومات حول الحاجة إلى خدمة حافلة بلس.

## نموذج التحقق المهني

من أجل تقييم أهليتك للحصول على خدمة حافلة بلس، تتطلب دارت أن يكون لديك نموذج التحقق المهني دارت المضمن الذي أكمله أحد المحترفين المدرجين أدناه. بدلا من ذلك، يمكنك إرسال خطاب من أحد هؤلاء المحترفين (على الورق ذي الرأسية الخاص بهم) والذي يوفر معلومات داعمة حول أهليتك للحصول على حافلة بلس. إذا لم تتمكن من إكمال النموذج، أو تلقي خطاب لأنك لست حالياً تحت رعاية متخصص، فيرجى الاتصال بناء على (515)283-8100 ويمكن ل دارت مساعدتك في العثور على متخصص يمكنه تقييم إعاقتك و / أو حالاتك الطبية.

- مساعد طبيب
- أخصائي اجتماعي (MSW)
- طبيب عيون
- طبيب
- علم النفس
- مدير الحالة
- طبيب الصحة النفسية
- أخصائي علاج طبيعي
- مستشار إعادة التأهيل
- ممرض ممارس
- طبيب
- معالج الجهاز التنفسي.
- أخصائي علاج وظيفي
- مقوم العظام
- العيون
- علم النفس
- أخصائي اجتماعي إكلينيكي
- مرخص
- أخصائي التوجيه والتنقل
- ممرضة مسجلة

# تطبيق حافلة بلس

## المعلومات الشخصية

اسم:

الاسم الأول / الحرف الأول الأوسط / اسم العائلة  
تاريخ الميلاد:

الشهر / اليوم / السنة

جنس:

غير ثنائي

متحول جنسيا

ذكر

انثى

عنوان المنزل:

عنوان الشارع / شقة #

المدينة، الولاية، الرمز البريدي

العنوان البريدي (إذا كان مختلفا):

عنوان الشارع / شقة #

المدينة، الولاية، الرمز البريدي

عنوان البريد الإلكتروني:

هاتف الاتصال:

رقم الميديكيد:

1. ليس لدي رقم ميديكيد

ميديكيد MCO (إن وجد):

نوع التطبيق:

- متقدم جديد
- إعادة الاعتماد

اسم:

الاسم الأول / اسم العائلة

الهاتف:

العلاقة:

## معلومات الإعاقة والتنقل

ما نوع أو أنواع الإعاقات أو الظروف الصحية التي تمنعك من استخدام خدمة حافلات دارت ذات المسار الثابت؟  
(حدد كل ما ينطبق):

- \_\_\_ القيود الجسدية
- \_\_\_ الإعاقة المعرفية
- \_\_\_ فقدان البصر / العمى
- \_\_\_ الصحة النفسية

\_\_\_ لا أحد  
\_\_\_ آخر:

---

---

هل تتغير الشروط المذكورة أعلاه من يوم لآخر مما يؤثر على قدرتك على استخدام الحافلة ذات المسار الثابت؟

- نعم
- كلا
- بعض الاحيان

(ارجو التوضيح)

إذا كانت هذه إعاقة مؤقتة أو حالة صحية، فكم من الوقت تتوقع أن تمنعك من استخدام حافلة المدينة؟

---

---

## أجهزة التنقل / المساعدات

هل تستخدم أي مساعدات أو معدات على الحركة مدرجة أدناه؟ (حدد كل ما ينطبق):

- العكاز
- العصا البيضاء
- كرسي متحرك كهربائي\*
- \*سكوتر كهربائي
- عكازات سكوتر ٣ عجلات
- كرسي متحرك يدوي
- دعامة الساق
- أعضاء اصطناعية
- الاوكسجين المحمول
- لوحة الاتصالات
- حيوان الخدمة (تشير الى المهام المنجزة)
- اخر
- لا استخدم أيا من الوسائل المساعدة على الحركة

\*قد لا تتمكن دارت من نقل أداة مساعدة على الحركة تتجاوز معايير "الكرسي المتحرك الشائع" على النحو المنصوص عليه في لوائح ADA ، بما في ذلك أداة مساعدة التنقل التي (١) أطول من ٤٨ بوصة ، وتقاس بوصتين فوق سطح الأرض ، (٢) أعرض من ٣٠ بوصة ، أو (٣) تزن أكثر من ٦٠٠ رطل عند شغلها. (٤٩ C.F.R. المادة ٣٧-٣ (٢٠٠١))

هل احتجت في أي وقت إلى إحضار شخص آخر معك للمساعدة عند استخدام خدمات الحافلات الثابتة أو النقل النظير ("المساعد الشخصي" أو "الخادم الشخصي")؟

نعم

كلا

هل هناك أي شيء تريد إضافته حول إعاقتك أو حالتك الصحية قد يساعدنا على فهم قدراتك وقيودك على السفر بشكل أفضل؟

## التصديق والإذن بالإفراج عن المعلومات

أنا أفهم أن:

- الغرض من هذا التطبيق هو تحديد ما إذا كانت هناك أوقات لا يمكنني فيها استخدام خدمة حافلات دارت الطريق الثابت، وبالتالي قد أحتاج إلى خدمة حافلة بلس النقل النظير لاحتياجات النقل العام الخاصة بي.
- يحق ل DART مراجعة أهلية ADA النقل النظير الخاصة بي في أي وقت، وحيثما تستدعي الظروف، قد أصبح غير مؤهل لتلقي خدمات النقل النظير ADA في المستقبل.
- يجب على إخطار دارت إذا تغيرت حالتني، أو إذا كنت أستخدم جهاز تنقل جديدًا، أو إذا لم أعد بحاجة إلى استخدام خدمة ADA النقل النظير.
- قد يؤدي تقديم معلومات خاطئة إلى رفض الخدمة.

أشهد بما يلي:

- على حد علمي، المعلومات الواردة في هذا التطبيق حقيقية وصحيحة.
- يحق للمهني المحدد في نموذج أو خطاب التحقق الطبي الإفراج عن جميع المعلومات حول إعاقتي (إعاقاتي) أو حالتني (حالاتني) الصحية اللازمة لغرض تحديد دارت لأهليتي لخدمة النقل النظير بلس ADA.

تاريخ:

الاسم:

التوقيع:

## الشخص المخول بملء النموذج نيابة عن مقدم الطلب

الاسم الأول / اسم العائلة

الهاتف الأساسي

وكالة الإحالة (ان وجدت)

التوقيع

العلاقة

التاريخ

# نموذج التحقق المهني

طلب مقدم الطلب الأهلية للحصول على خدمة حافلة دارت بالإضافة إلى خدمة النقل النظير، وهي خدمة نقل نظير من الباب إلى الباب ورحلة مشتركة للأشخاص الذين تمنعهم إعاقاتهم أو ظروفهم الصحية من ركوب نظام حافلة دارت الطريق الثابت طوال الوقت أو جزء منه. لا تعتمد الأهلية على التشخيص الطبي، أو العمر، أو الإزعاج، أو الدخل. لاحظ أن حافلات دارت ذات المسار الثابت مجهزة بميزات يمكن الوصول إليها من ADA، مثل الحافلات ذات الأرضية المنخفضة، والمصاعد / المنحدرات، والإعلانات الصوتية، ومناطق الجلوس ذات الأولوية المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة، واللافتات المحسنة، وحافلات الركوع، والدرايزين.

بصفتك مقدم الرعاية الصحية لمقدم الطلب أو مدير الحالة، فأنت مؤهل بشكل فريد لتوضيح القدرات الوظيفية لمقدم الطلب والقيود المفروضة على ركوب الحافلة، وستساعد المعلومات التي تقدمها دارت في تحديد حاجة مريضك لاستخدام حافلة بلس لبعض أو كل احتياجات النقل الخاصة بهم. ستكون جميع المعلومات الواردة في هذا النموذج سرية للغاية ولن يتم إصدارها. إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا النموذج أو خدمة حافلة بلس، فيرجى الاتصال ب دارت على 515-283-8100

اسم مقدم الطلب:

الاسم الأول / الحرف الأول الأوسط / اسم العائلة

هل مقدم الطلب تحت رعايتك حاليا؟

تاريخ الميلاد:

نعم

كلا

شهر / يوم / سنة

آخر مرة شوهدت:

هل يعاني مقدم الطلب من إعاقة تمنعه من الوصول من / إلى نظام DART Fixed-Route Bus وركوبه؟

نعم

كلا

أحيانا

إذا كانت الإجابة بنعم أو في بعض الأحيان، يرجى توضيح كيف تمنع إعاقة مقدم الطلب أو الظروف الصحية استخدام نظام الحافلات العامة. إذا لم تكن متأكدًا، يرجى تحديد غير متوفر.

هل لدى مقدم الطلب القدرة العقلية والبصرية و / أو السمعية على:

نعم

كلا

غير متوفر

	نعم	كلا	غير متوفر
اسأل عن التعليمات وافهمها واتبعها؟			
اطلب المساعدة من المصادر المناسبة؟			
عبور شارع رئيسي بأمان؟			
التعرف على وجهة أو معلم؟			
إشارة مشغل الحافلة للنزول في محطة الوجهة؟			
تحديد موقع الخطوات والقيود بصريا؟			
انظر في ظروف الإضاءة الخافتة أو في الليل؟			
أخرى / تعليقات:			



هل مقدم الطلب، أثناء استخدام مساعدات التنقل الخاصة به، قادر على القيام بما يلي بشكل مستقل:

	نعم	كلا	غير متوفر
السفر في الهواء الطلق على ممتلكاتهم الخاصة؟			
السفر إلى مبنى واحد (1) في المدينة؟			
السفر ما يصل إلى ثلاثة (3) مباني في المدينة؟			
الوقوف لمدة تصل إلى 15 دقيقة مع الدعم؟			
الوقوف لمدة تصل إلى 15 دقيقة دون دعم؟			
السفر صعوداً أو هبوطاً التلال؟			
تسلق منحدر أو خطوات؟			
أخرى / تعليقات:			

هل هناك أي ظروف جوية تؤثر على قدرة مقدم الطلب على السفر؟

	نعم	كلا	غير متوفر
طقس عاصف؟			
الطقس الحار؟			
الطقس البارد؟			
تمطر أم تتساقط الثلوج؟			
الثلج و / أو الجليد على الأرض؟			
أخرى / تعليقات:			

ما هي المدة المتوقعة للإعاقة؟

- دائم (الظروف مع توقع ضئيل للتحسن)
- مؤقت (تستمر الظروف لمدة 90 يوماً على الأقل، ولكن من المرجح أن تتحسن في غضون عام واحد)
- أفضل تقدير لتاريخ الاسترداد:

هل هناك أي معلومات أخرى يجب أن نعرفها فيما يتعلق بإعاقة مقدم الطلب؟ يرجى تضمين أي معلومات حول ما إذا كانت الحالة متقطعة أو إذا كان العلاج يؤدي إلى آثار جانبية قد تؤثر على القدرة على السفر.

## المعلومات المهنية

أقر بأن المعلومات الواردة في نموذج التحقق المهني هذا حقيقية وصحيحة.

الاسم الأول / اسم العائلة

المهنة

الترخيص / الشهادة (إن وجدت)

العنوان

التوقيع

الهاتف الأساسي

الايمل