

Enclosed are the Bay Area Americans with Disabilities Act (ADA) Paratransit application form and the translation of that form in the language you requested. Please be sure to complete and return the English application. The translation is included to assist you in understanding the application questions. If you need help completing the form, please call our office to find out what resources are available to you.

Keøm theo ñaây laø Maõu ñôn gôùi cho Cô Quan Vaän Chuyeãn Boả Trôi (PARATRANSIT) dành cho Ngõõøi Myõ Bò Maát Naêng Löïc (ADA) ôû Vương Vòngh, baùn Tieáng Anh vaø baùn Tieáng Nõõùc ngoaøi maø quyù và yeâu caàu. Xin nhòu chaéc chaén ñieàn ñaày ñuõ vaø naíp laĩ Maõu ñôn baèng Tieáng Anh. Maõu ñôn Tieáng Nõõùc ngoaøi keøm theo laø ñeỏ giuùp quyù và am hieỏu nhõõng caâu hoỏi trong ñòu. Neỏu quyù và caàn giuùp ñõ ñeỏ ñieàn ñôn ñaày ñuõ, xin goĩ cho vaèn phoøng chuøng toỏi ñeỏ tìm thaáy nguoàn trõi giuùp thích hõip.

ĐƠN XIN HƯỞNG DỊCH VỤ VẬN CHUYỂN BỔ TRỢ ADA

THÔNG TIN QUAN TRỌNG CHO NGƯỜI NẠP ĐƠN

Tập tài liệu này gồm thông tin và mẫu đơn mà quý vị cần, để đủ tư cách nộp xin hưởng sự vận chuyển bổ trợ trong Vùng Vịnh San Francisco. Đây là một phần yêu cầu của Đạo Luật về Người Mỹ Mất Năng lực (ADA), tất cả hệ thống vận chuyển công cộng đều có dịch vụ vận chuyển bổ trợ. Dịch vụ vận chuyển công cộng có dạng thức đặc biệt này được áp dụng giới hạn cho người tự mình không có khả năng sử dụng hệ vận chuyển công cộng thông thường, trong một lúc hay vĩnh viễn do tàn tật hoặc điều kiện sức khỏe.

Để hưởng được dịch vụ vận chuyển bổ trợ ADA, quý vị cần được xác nhận mình đủ tư cách. Tư cách được xác định trên căn bản tùy mỗi trường hợp riêng lẻ. Theo qui định của ADA, đủ tư cách là giới hạn chặt chẽ cho những người bị giới hạn năng lực, cản trở ho tiếp cận phương tiện vận chuyển công cộng.

Đơn của quý vị phải được chấp thuận là đủ tư cách hoàn toàn (vô điều kiện) hoặc là trên căn bản hạn chế cho một vài tuyến đường (đủ tư cách trong vài điều kiện). Nếu quý vị tự thấy mình có thể sử dụng xe buýt thông thường hay xe chạy trên đường ray cho tất cả các tuyến, thì quý vị không đủ tư cách hưởng phương tiện vận chuyển bổ trợ. Để nộp đơn hợp cách về việc này, quý vị cần điền đầy đủ mẫu đơn kèm sau đây.

Chúng tôi sẽ xem xét khả năng của quý vị trong việc tiếp cận phương tiện vận chuyển công cộng. Sau khi nghiên cứu đơn xin, chúng tôi có thể cần thêm thông tin. Có thể chúng tôi cần :

- Tiếp xúc với quý vị bằng điện thoại
- Lên lịch trình phỏng vấn hay là đánh giá chức năng, hoặc
- Tham khảo với Y sĩ của quý vị, với viên chức chuyên môn về y tế, hay chuyên gia khác về điều kiện và năng lực của quý vị.

Liên quan đến :

- Chữ nổi cho người mù (Braille)
- Chữ khổ lớn,
- Băng ghi âm
hay là
- Đĩa mềm Computer/CDR)

Người nộp đơn hay người trợ giúp, được khuyến khích đọc tập sách mỏng mang tên “Tiếp cận phương tiện vận chuyển trong Vùng Vịnh San Francisco” trước khi hoàn tất mẫu đơn kèm theo đây. Nếu quý vị cần tập sách này, hãy gọi cho cơ quan vận chuyển. Cơ quan sẽ cung cấp thêm chi tiết về vận chuyển bổ trợ ADA và tiêu chuẩn về tư cách người xin.

Đơn của quý vị sẽ được xử lý trong vòng 21 ngày, kể từ ngày nhận. Đơn cần được điền thích hợp, đầy đủ và quý vị chuẩn bị sẵn sàng cho sự duyệt xét kế tiếp ở mức độ thứ hai cao hơn nếu cần. Duyệt xét ở lần nhì này có thể bao gồm một cuộc phỏng vấn bằng điện thoại, xác minh lại vấn đề sức khỏe, hay phỏng vấn trực tiếp cá nhân người xin. Cuộc phỏng vấn trực tiếp này có thể bao gồm cuộc thử nghiệm về chức năng để xác định năng lực của quý vị về sử dụng vận chuyển công cộng trong một chuyến đi, như là khả năng đi bộ tới trạm xe buýt, đọc dấu hiệu lưu thông, v.v...

Quý vị sẽ nhận được thông báo xác nhận đủ tư cách thụ hưởng, gửi đến bằng thư bưu điện. Nếu quý vị được chứng nhận đủ tư cách, quý vị có thể di chuyển ở khắp chín (9) Quận Hạt trong Vùng Vịnh. Nếu quý vị không đồng ý về việc xác nhận tư cách thụ hưởng, quý vị có thể kháng cáo. Thông tin về lập hồ sơ kháng cáo có trong thông báo gửi đến nói về tư cách thụ hưởng. Nếu việc xác định tư cách thụ hưởng kéo dài quá 21 ngày, coi như quý vị được cấp đủ tư cách dùng hệ thống vận chuyển hỗ trợ cho tới khi một quyết định sau cùng được đưa ra. Điều này không áp dụng nếu do sự bất động về phía quý vị khiến chúng tôi không thể hoàn chỉnh tiến hành giải quyết đơn của quý vị.

CHỈ DẪN CHO NGƯỜI NỘP ĐƠN

1. Xin VIẾT CHỮ IN HOẶC ĐÁNH MÁY sự trả lời đầy đủ cho tất cả câu hỏi trên mẫu đơn. Sự trả lời chi tiết và giải thích của quý vị sẽ giúp chúng tôi có được quyết định thích hợp. Hãy chắc chắn trả lời TẤT CẢ mọi câu hỏi nếu không, đơn của quý vị được xem như không đầy đủ. Đơn không đầy đủ sẽ bị gửi trả.
2. Quý vị không bị yêu cầu kèm thêm trang hay thông tin. Tuy nhiên, quý vị có thể muốn gửi thêm tài liệu khác khi nghĩ rằng có thể giúp chúng tôi hiểu rõ hơn về sự hạn chế của quý vị. Tất cả thông tin do quý vị cung cấp đều được bảo mật nghiêm túc.
3. Quý vị cần có chữ ký ở hai nơi để hoàn chỉnh đơn xin :
 - Giấy chứng nhận của đương đơn (Trang 10)
 - Giấy Ứng thuận cho phép tiết lộ thông tin về sức khỏe bởi nhân viên y tế hay chuyên viên phục hồi chức năng (Trang 11)
4. Gửi lại mẫu đơn đã hoàn chỉnh cho : 68 12th Street, San Francisco, CA 94103

Để được giúp đỡ trong tiến trình làm đơn hay thăm dò tình trạng của đơn từ, xin gọi : (415) 351-7000

Xin Cảm tạ

Xin Viết Chữ In

Tờ khai Cá nhân/Thông tin qua tiếp xúc

Tên (tên , chữ lót , họ) :

Địa chỉ tư gia : _____ Apt. # _____

Thành phố : _____ Zip : _____

Địa chỉ nhận thư (nếu khác với địa chỉ tư gia) :

_____ Apt. # _____

Thành phố : _____ Zip : _____

Điện thoại ban ngày : (____) _____ TDD/TTY : (____) _____

Điện thoại ban đêm : (____) _____ Phôn tay : (____) _____

Ngày sinh : ____/____/____ Nữ Nam

Ngôn ngữ gốc (xin đánh dấu) : Tiếng Anh Tiếng nước khác (ghi rõ)

Nếu quý vị sắp tới cần cung cấp thêm văn bản thông tin bằng hình thức tiếp thu được, xin đánh dấu hình thức nào chọn lựa :

- Đĩa mềm vi tính/CDR Băng ghi âm Chữ nổi Braille Chữ khổ to
 Hình thức khác _____

Trong trường hợp khẩn cấp, ai sẽ được thông báo ?

Tên : _____

Mối quan hệ : _____

Điện thoại ban ngày:(____) _____ Điện thoại ban đêm:(____) _____

(Chọn khai tùy ý) Tôi cũng ghi danh vào một hay nhiều chương trình y tế kể sau:

Medicare Medi-Cal

Kể cho chúng tôi về sự mất năng lực của quý vị/Điều kiện liên hệ đến sức khỏe

Xin trả lời chi tiết những câu hỏi dưới đây – Quý vị trả lời đặc trưng cho các câu hỏi, sẽ giúp chúng tôi xác định tư cách thụ hưởng.

1. Sự mất năng lực hay điều kiện sức khỏe liên hệ nào, CẢN TRỞ quý vị tự mình sử dụng phương tiện vận chuyển công cộng thông thường (như xe BART, xe buýt, xe streetcar) ?

2. Giải thích vắn tắt điều kiện của quý vị đã bị cản trở NHƯ THẾ NÀO trong việc sử dụng phương tiện vận chuyển công cộng thông thường, nếu không có sự giúp đỡ của người khác.

3. Lúc nào quý vị bắt đầu chịu đựng hoàn cảnh như vừa nói trên ?

0 - 1 năm trước 1 - 5 năm trước Hơn 5 năm trước

4. Có phải điều kiện quý vị kể ra đã thay đổi hàng ngày, gây hệ quả đến năng lực của quý vị sử dụng phương tiện vận chuyển công cộng ?

Phải, sức lực có tốt trong vài ngày, rồi xấu đi ở các ngày khác.
 Không, sự mất năng lực không có gì thay đổi.
 Tôi không rõ.

5. Có phải điều kiện quý vị mô tả là :

Thường xuyên Tạm thời Tôi không rõ

Nếu là tạm thời, quý vị cảm thấy tình trạng này có thể kéo dài trong bao lâu ?

Kể cho chúng tôi về năng lực của quý vị và những hoạt động thông thường

6. Quý vị có sử dụng các khí cụ giúp di chuyển hoặc trang bị đặc biệt như sau không? (Đánh dấu loại nào đã dùng)
- Gậy chống Xe lăn có động cơ Dụng cụ thông tin liên lạc
 - Gậy kim khí Thú vật nuôi dẫn đường Xe vịn để đi
 - Xe scooter cho người tàn tật Nạn chống Xe lăn (không động cơ)
 - Dùng chân giả Bình dưỡng khí mang theo người Khí cụ khác
7. Xin đánh dấu vào ô nào mô tả sát nhất tình trạng sinh hoạt hiện nay của quý vị.
- Hưởng 24 giờ/ngày tiện nghi chuyên môn của Nhà Điều dưỡng
 - Hưởng tiện nghi sinh hoạt của Nhà Điều dưỡng người mất sức
 - Tôi nhận được sự trợ giúp của người khác đến nhà tôi giúp đỡ hoạt động sinh hoạt mỗi ngày
 - Tôi sống với người trong gia đình hay người khác mà họ giúp đỡ tôi
 - Tôi sống độc lập (không có sự trợ giúp của người khác)
8. Quý vị di chuyển được mấy dãy phố với khí cụ trợ giúp thông thường mà không có sự giúp sức của người khác ?
-
9. Các điểm trình bày sau đây, cái nào mô tả đúng nhất đối với quý vị nếu quý vị đang ở bên ngoài chờ đợi một chuyến đi? (Chỉ đánh dấu trả lời ở một chỗ)
- Tôi có thể chờ đợi từ 10 đến 15 phút
 - Tôi chỉ có thể chờ đợi từ 10 đến 15 phút nếu có chỗ ngồi và chỗ trú dành sẵn
 - Tôi cần có người cùng chờ đợi với tôi, vì _____
-
10. Các điểm trình bày sau đây cái nào mô tả đúng nhất đối với quý vị ?
(chỉ đánh dấu trả lời ở một chỗ)
- Tôi không hề dùng phương tiện vận chuyển công cộng thông thường
 - Tôi có dùng qua phương tiện vận chuyển công, nhưng đã hết dùng từ khi bị mất năng lực
 - Tôi dùng phương tiện vận chuyển công cộng khi nào điều kiện sức khỏe cho phép

Kể cho chúng tôi về nhu cầu di chuyển của quý vị

11. Hiện nay quý vị di chuyển bằng cách nào tới những chỗ quen thuộc ?

(Đánh dấu mọi cách có thể dùng)

- Xe buýt Xe Vận chuyển hỗ trợ Tôi tự lái xe Đi xe BART
 Đi xe taxi Đi Tàu đò Đi Xe Streetcar Có người lái xe
 Cách khác _____

12. Có phải quý vị nhờ sự giúp đỡ của người khác để di chuyển ? (ngoài việc cung

cấp phương tiện vận chuyển)

- Thường xuyên là vậy thỉnh thoảng như thế Không bao giờ

12a. Nếu là “Thường xuyên” hay “Thỉnh thoảng”, thì hình thức giúp đỡ ra sao ?

13. Quý vị có thể đi đến và về từ Trạm vận chuyển công cộng ở gần nhà nhất không?

- Có Không Đôi khi có thể (Nếu KHÔNG và ĐÔI KHI, xin giải thích tại sao)

14. Quý vị có thể nắm chặt tay vịn hay tay chắn, đồng xu hay vé xe khi lên xuống

xe chở khách không ?

- Có Không Đôi khi có thể Tôi không biết, chưa hề làm thử

Nếu là KHÔNG và ĐÔI KHI, xin giải thích tại sao :

15. Quý vị có giữ được sự cử động thăng bằng và điều chỉnh khi ngồi ở trong xe khách công cộng chẳng ?

- Có Không Đôi khi có Tôi không biết, chưa hề làm thử

Nếu là KHÔNG và ĐÔI KHI, xin giải thích tại sao :

16. Quý vị có thể đi lên hay xuống một xe buýt công cộng khi nó có một bậc thang,

một tấm bửng, hay một bậc đỡ làm cho đầu xe như hạ thấp xuống không ?

Có Không Đôi khi có thể Tôi không biết, chưa làm thử

Nếu là KHÔNG hay ĐÔI KHI , Xin giải thích tại sao :

17. Xin vui lòng cung cấp thêm những thông tin khác, mà quý vị muốn chúng tôi am hiểu thêm về năng lực của quý vị.

Quý vị có trả lời hết những câu hỏi và cung cấp
sự giải thích như đã yêu cầu?

ĐƠN KHÔNG HOÀN CHỈNH SẼ BỊ GỬI TRẢ LẠI

Giấy Chứng Nhận của Đương đơn

Tôi xin chứng nhận những thông tin trong mẫu đơn này là đúng sự thực và chính xác. Tôi hiểu rằng cố ý giả tạo các thông tin có hệ quả là đơn xin hưởng dịch vụ bị bác bỏ. Tôi hiểu rằng tất cả mọi thông tin đều được giữ gìn cẩn mật,

chỉ có thông tin được đòi hỏi bởi dịch vụ mà tôi xin là được tiết lộ cho người phụ trách làm việc này mà thôi.

Tôi hiểu rằng có thể cần tiếp xúc với một chuyên viên am hiểu năng lực chuyên biệt về sử dụng hệ vận chuyển công cộng, trong việc đánh giá tư cách thụ hưởng dịch vụ của tôi .

Ký tên vào đây :

Chữ ký của người đứng đơn _____ Ngày _____

Có người nào giúp quý vị điền đơn này không ? Có Không

Nếu có, xin đề tên : _____ Số điện thoại: (_____) _____

Mối quan hệ với đương đơn : _____

Xin lưu ý Chú thích : Quý vị có trách nhiệm thông báo cho chúng tôi nếu tình trạng mất năng lực được cải thiện, nó thay đổi tư cách thụ hưởng dịch vụ . Nếu tình trạng được cải thiện sau khi quý vị được xác nhận tư cách hưởng dịch vụ, hoặc là do chúng tôi khám phá ra quý vị nộp thông tin giả mạo, thì tư cách hưởng dịch vụ sẽ bị đình chỉ hoặc có thể quý vị được yêu cầu phải nộp đơn xin lại.

Giấy Ứng Thuận cho tiết lộ Thông tin về y tế cá nhân

(được ghi đầy đủ bởi người đứng đơn)

Tôi ký tên dưới đây ứng thuận cho các chuyên gia hành nghề hợp pháp (Bác sĩ, chuyên viên điều trị, cán sự xã hội, v.v...) là người có thể xác định tình trạng mất năng lực hoặc điều kiện sức khỏe của tôi, được phép tiết lộ những thông tin này cho cơ quan vận chuyển công cộng địa phương. Thông tin này chỉ được dùng để xác định tư cách được hưởng dịch vụ vận chuyển hỗ trợ. Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận một bản sao của Giấy Ứng thuận này và tôi có thể hủy bỏ nó vào bất cứ lúc nào.

Tên của Chuyên Gia có thể tiết lộ Thông tin y tế của tôi :

Địa chỉ :

Danh bạ Y tế hoặc ID # , nếu có :

Số điện thoại _____

Số điện thư (Fax) _____

Ký tên vào đây :

Chữ ký của người đứng đơn _____ Ngày _____

**GIẤY ỨNG THUẬN
CHO SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN**

Kính gửi : _____(Điền tên Y sĩ hay Cơ quan cung cấp dịch vụ y tế)

Tôi, ký tên dưới đây, có thỏa thuận cho việc sử dụng và tiết lộ các thông tin về sức khỏe cá nhân riêng (“Thông tin được bảo vệ về sức khỏe”) như được mô tả theo mẫu dưới đây (Giấy Ứng thuận) cho Cơ quan Vận chuyển Bổ trợ ATC (ATC Paratransit) nhằm mục đích xác định sự hội đủ điều kiện để hưởng dịch vụ vận chuyển.

Tên của Khách hàng : _____ Ngày hôm nay _____

Xin gửi thông tin được yêu cầu về :

San Francisco Paratransit, 68 12th Street, San Francisco, CA 94103

Mô tả Thông tin Riêng biệt được Bảo vệ về Sức khỏe cho phép sử dụng và tiết lộ :

Tài liệu về tình trạng mất năng lực của người nộp đơn, thân chủ, và ảnh hưởng của nó như thế nào về khả năng của ông/bà trong việc độc lập sử dụng xe buýt Muni hay xe BART, nói cách khác làm sao tiếp cận sử dụng xe buýt/xe điện.

Sự kiện làm cho Giấy Ứng thuận này hết giá trị :

Sự kiểm chứng chuyên nghiệp từ những thông tin chuyên biệt được yêu cầu (xem phần trên) cho phép chúng tôi quyết định về điều kiện để hưởng dịch vụ dành cho người mất năng lực (ADA Paratransit eligibility).

Tôi hiểu rằng Thông tin được Bảo vệ về sức khỏe của tôi được tiết lộ lần nữa chiếu theo giấy ứng thuận này cho người hữu trách khác, và không còn được bảo vệ bởi quy định Liên bang về quyền riêng tư. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể bãi bỏ Giấy Ứng thuận này bất cứ lúc nào bằng cách gửi văn bản cho quý Ông, nhưng nếu làm thế cũng không gây ảnh hưởng cho biện pháp của quý ông đã thực hiện trước khi nhận văn bản bãi bỏ ứng thuận của tôi.

Chữ ký của người đương đơn hay người đại diện

Ngày

(Mẫu đơn cần ghi đầy đủ trước khi ký tên)

Nếu có thể, xin viết chữ In tên của người đại diện : _____

Quan hệ cá nhân với đương đơn như thế nào : _____

Người chứng

Ngày

(Mẫu đơn này có hình thức tiếp nhận được và/hoặc các loại ngôn ngữ cung cấp theo yêu cầu)