ຄຳຮ້ອງສະໝັກສຳລັບ ACCESS

ສຳລັບໃຊ້ໃນຫ້ອງການເທົ່ານັ້ນ

ວັນທີ່ໄດ້ຮັບ_____

ເລກປັດປະຈຳຕົວ_____

ລະຫັດສະຖານະ_____

PCA_____

Mapsco Grid_____

ກະລຸນາຕອບກັບທີ່:
Trinity Metro ACCESS - 800 Cherry Street, Fort Worth, Texas 76102
Phone: (817) 215-8600 | Fax: (817) 215-8934

ພາກສ່ວນທີ 1

ຕ້ອງຕື່ມໃຫ້ຄົບຖ້ວນໂດຍຜູ້ລົງສະໝັກ. ກະລຸນາພິມ ຫຼື ປຣິນ.

ທ່ານເຄີຍຖືກຮັບຮອງໃຫ້ນຳໃຊ້ ACCESS ບໍ? ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐ ວັນເດືອນປີເກີດ _____

ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ທ່ານເຄີຍລົງສະໝັກ ACCESS ບໍ? ແມ່ນແລ້ວ ☐ ລະບຸວັນທີ _____

1. ຊື່: ທ້າວ ☐ ນາງ ☐ _____
   ຊື່ແທ້ ຊື່ຫຍໍ້ ນາມສະກຸນ
2. ເບີໂທລະສັບເຮືອນ: (____) _____ ເບີໂທລະສັບ: (____) _____
   ລະຫັດເຂດ ລະຫັດເຂດ
3. ທີ່ຢູ່ເຮືອນ: _____
   ຖະໜົນ ຫຼື ຕູ້ໄປສະນີ ເມືອງ ລັດ ລະຫັດໄປສະນີ

   ຊື່ & ເລກທີອະພາດເມັ້ນ: _____

   ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ: _____
   (ຖ້າແຕກຕ່າງກັນ) ຖະໜົນ ຫຼື ຕູ້ໄປສະນີ ເມືອງ ລັດ ລະຫັດໄປສະນີ
4. ທາງເລືອກພາສາ: ພາສາອັງກິດ ☐ ພາສາສະເປນ ☐ ພາສາມົ້ນ ☐ ຕົວພິມໃຫຍ່ ☐ ສຽງ ☐ ພາສາອັງກິດສະເປນ ຂີດວົງມົນອ້ອມທາງເລືອກພາສາສຽງ
5. ຕິດຕໍ່ສຸກເສີນ: _____ _____ _____
   ຊື່ ຄວາມສຳພັນ ເບີໂທລະສັບໃນກາງເວັ້ນ

   ທີ່ຢູ່: _____
   ຖະໜົນ ຫຼື ຕູ້ໄປສະນີ ເມືອງ ລັດ ລະຫັດໄປສະນີ

---

6. ໃຊ້ເຄື່ອງມືຊ່ວຍບໍ? ຕົກທຸກຢ່າງທີ່ໃຊ້:
   ລິດເຂັນທີ່ຄວບຄຸມດ້ວຍມື ☐ ລິດເຂັນອີເລັກໂທຣນິກ ☐ ລິດສະກູດເຕີຕິດຈັກ ☐ Portable Oxygen ☐
   ໄມ້ຄ້ອນເທົ້າ ☐ ໄມ້ຄ້ຳຂີ້ແຮ້ ☐ ເຄື່ອງຊ່ວຍຍ່າງ ☐ ອີງຄະທຽມ ☐ ເຄື່ອງໂຍກຍ້າຍ/ໄມ້ຄ້ອນເທົ້າຂາວ ☐
   ສັດບໍລິການ ☐ ແມ່ນຫຍັງຄືບໍລິການທີ່ສັດສະໜອງໃຫ້? _____
7. ຖ້າທ່ານໃຊ້ລິດເຂັນ ຫຼື ສະກູດເຕ, ສະຖານທີ່ອາໄສຂອງທ່ານມີທາງເນີນສຳລັບລິດເຂັນບໍ? ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐
   ຖ້າບໍ່ມີທາງເນີນສຳລັບລິດເຂັນ, ມີຂັ້ນໄດຈັກຂັ້ນ? _____ (ຜູ້ຂັບຈະບໍ່ນຳລິດເຂັນຂຶ້ນ ຫຼື ລົງຂັ້ນໄດທີ່ສູງກວ່າ 6 ນິ້ວ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ 1 ຂັ້ນ)
   ຖ້າມີຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງຂັ້ນ, ທ່ານຈະເຄື່ອນຍ້າຍລິດເຂັນຂອງທ່ານໃຫ້ເທົ່າລະດັບຖະໜົນໄດ້ແນວໃດ? _____
   _____
8. ຖ້າຈຳເປັນ, ທ່ານສາມາດໂຍກຍ້າຍຕົນເອງຈາກລິດເຂັນເຂົ້າໃນລິດສ່ວນບຸກຄົນໄດ້ບໍ? ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐
9. ທ່ານເຄີຍໃຊ້ບໍລິການລິດເມປະຈຳເມືອງບໍ? ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐
   ທ່ານເຄີຍໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມເພື່ອໃຊ້ບໍລິການລິດເມປະຈຳເມືອງບໍ? ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐
   ປາຍທາງປະຈຳທີ່ສຸດ - ໃຫ້ລະບຸທີ່ຢູ່: _____
   _____
   _____
   _____

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ລົງສະໝັກ _____ ວັນທີ _____

TRINITY METRO™

(ໝາຍເຫດ: ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງສະໝັກຢ່າງຄົບຖ້ວນພ້ອມກັບຂໍ້ມູນຈຳເປັນທັງໝົດ, ອາດຈະໃຊ້ເວລາເກືອບ 21 ມື້ເພື່ອດຳເນີນການ.)

ຊື່ຂອງຜູ້ລົງສະໝັກ: _____

(ສຳລັບການສົ່ງຜ່ານແຟັກ)

ສຳລັບໃຊ້ໃນຫ້ອງການເທົ່ານັ້ນ

NBR_____

ວັນເດືອນປີເກີດ: _____ / _____ / _____

(ຈຳເປັນ) ເດືອນ ວັນ ປີ

ພາກສ່ວນທີ 2

ຕ້ອງຖືກຕື່ມໃຫ້ຄົບຖ້ວນໂດຍ ໝໍ່ຍງານ ຫຼື ທ່ານໝໍ. ກະລຸນາພິມ ຫຼື ປຣິນ.

ກະລຸນາຈື່ວ່າ ໂປຣແກຣມ paratransit ແມ່ນບໍລິການຂົນສົ່ງຮ່ວມກັນຈາກການອຸດໜູນທີ່ສະໜອງການຂົນສົ່ງໃຫ້ກັບບຸກຄົນທີ່ພິການເພື່ອ**ປ້ອງກັນ**ການນຳໃຊ້ການຂົນສົ່ງສາທາລະນະທີ່ຢູ່ໃນປັດຈຸບັນ. ອີກຢ່າງ ໃຫ້ຈື່ໄວ້ວ່າ ພວກເຮົາມີບຸກຄົນຈຳນວນຫຼວງຫຼາຍທີ່ສົນໃຈໃນບໍລິການ, ແຕ່ຈຸດປະສົງຂອງ paratransit ແມ່ນສຳລັບບຸກຄົນທີ່ມີຄຸນສົມບັດ **ເຊິ່ງມີພຽງທາງເລືອກດຽວສຳລັບການຂົນສົ່ງນັ້ນກໍຄື paratransit**. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບການມີສິດ, ກະລຸນາໂທໄປຫາຫ້ອງການ ACCESS ທີ່ 817-215-8600. ການຕັດສິນໃຈເດັດຂາດທຸກຢ່າງກ່ຽວກັບການມີສິດແມ່ນຂຶ້ນກັບພະນັກງານບໍລິຫານຂອງ ACCESS.

10. ແມ່ນຫຍັງຄືການບົ່ງມະຕິທາງການແພດທີ່ເຮັດໃຫ້ເກີດຄວາມພິການ?
(ຕົວຢ່າງ ເຊັ່ນ ຖ້າຄວາມພິການທາງດ້ານສະຕິປັນຍາ - ໃຫ້ລະບຸ I.Q., ອາການຊັກ - ໃຫ້ລະບຸປະເພດ, ຄວາມຖີ່/ຈຳນວນຕໍ່ເດືອນ)

_____

_____ ວັນທີຂອງການບົ່ງມະຕິ: _____

11. ຄວາມພິການເປັນອຸປະສັກແກ່ຜູ້ລົງສະໝັກການໃຊ້ບໍລິການລົດເມປະຈຳເມືອງຢ່າງເປັນປະຈຳແນວໃດ?
ແມ່ນຫຍັງຄືຂໍ້ຈຳກັດທາງດ້ານການຍະພາບຂອງພວກເຂົາ?

_____

_____

ຈົ່ງລະບຸຢາຣັກສາໃດກໍຕາມທີ່ອາດທຳລາຍ ຫຼື ຊ່ວຍໃນການເຄື່ອນໄຫວ: _____

_____

ມີການບຳບັດທີ່ຍັງຄ້າງຄາບໍ? ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐ ຜົນຄາດຫວັງ: _____

ຖ້າບຸກຄົນມີຄວາມພິການເຊິ່ງສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການເຄື່ອນໄຫວ, ບຸກຄົນນີ້: (ຕີກທຸກຢ່າງທີ່ໃຊ້)

ສາມາດຍ່າງ ຫຼື ຄວບຄຸມລົດເຂັນໂດຍບໍ່ມີຕົວຊ່ວຍບໍ? ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐
>1 ແຖວ ☐ 1 ແຖວ ☐ 3 ແຖວ ☐ 6 ແຖວ ☐ 9 ແຖວ ☐ (3 ແຖວ = 1/4 ໄມລ໌)

ໝາຍເຫດ _____

ຖ້າໃຊ້ຣາວຄັນໄດ, ຜູ້ລົງສະໝັກສາມາດປີນຂັ້ນໄດ 12 ນິ້ວໂດຍບໍ່ມີຕົວຊ່ວຍບໍ? ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐

ໝາຍເຫດ _____

ສາມາດຍ່າງຂ້າມນອກໃນທຸກສະພາບອາກາດໂດຍບໍ່ມີເຄື່ອງຊ່ວຍເປັນເວລາໜ້ອຍສຸດ 20 ນາທີບໍ? ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐

ໝາຍເຫດ _____

ຖ້າສາຍຕາພິການ, ແມ່ນຫຍັງຄືການຮັກສາຄວາມເຫັນຊັດດ້ານສາຍຕາທີ່ດີທີ່ສຸດ (ສະເນລເລັນ)?

ຕາເບື້ອງຂວາ _____ ຕາເບື້ອງຊ້າຍ _____ ຂອບເຂດທີ່ຈຳກັດ: ຂວາ _____ ຊ້າຍ _____

12. ບຸກຄົນນີ້ມີເຄື່ອງຊ່ວຍບໍ? ຖ້າມີ, ແມ່ນຫຍັງ? _____
ບຸກຄົນນີ້ເຄີຍຜ່ານການຝຶກອົບຮົມເພື່ອໃຊ້ບໍລິການລົດເມປະຈຳເມືອງບໍ? ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐ ບໍ່ຮູ້ ☐
ບຸກຄົນນີ້ສາມາດໃຊ້ບໍລິການລົດເມປະຈຳເມືອງຢ່າງເປັນປະຈຳບໍ? ບໍ່ເລີຍ ☐ ບາງເທື່ອ ☐ ຢູ່ສະເໝີ ☐ ຖ້າລົດເຂັນສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ _____
ບຸກຄົນນີ້ຈະໄດ້ຮັບປະໂຫຍດຈາການຝຶກອົບຮົມເສັ້ນທາງລົດເມບໍ? ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐

13. ຄວາມພິການ: ຖາວອນ ☐ ຊົ່ວຄາວ ☐ ຖ້າຊົ່ວຄາວ, ຜູ້ລົງສະໝັກຈະຕ້ອງການບໍລິການດົນສໍ່າໃດ? _____

14. ຜູ້ລົງສະໝັກທີ່ຜ່ານການຮອງຮັບທຸກຄົນແມ່ນໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ພາແຂກໄປພ້ອມກັບພວກເຂົາ. ຜູ້ລົງສະໝັກຈຳເປັນຕ້ອງມີຜູ້ຊ່ວຍດູແລສ່ວນຕົວເພື່ອຈັດການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໄປກັບພວກເຂົາບໍ? ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐
ຖ້າຈຳເປັນ, ຜູ້ລົງສະໝັກຕ້ອງຈັດການຜູ້ຊ່ວຍດູແລຂອງພວກເຂົາເອງ.

_____ (___) _____ _____

ໝໍ່ຍງານ ຫຼື ທ່ານໝໍທີ່ຢືນຢັນ ລະຫັດເຂດ ໂທລະສັບ ແຜ້ກ

_____

ທີ່ຢູ່ ເມືອງ ລັດ ລະຫັດໄປສະນີ

15. **ຂ້າພະເຈົ້າ (ຊື່ພິມ)** _____

ຢັ້ງຢືນວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ກ່າວມາຂ້າງເຖິງແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ. **ລາຍເຊັນ** **ວັນທີ**

ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມອາດຖືກຮ້ອງຂໍ. ຂອບໃຈທີ່ສະຫຼະເວລາເພື່ອຕື່ມຄຳຮ້ອງສະໝັກນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ.

ມັງກອນ 2019