

## التقدم بطلب للحصول على خدمات مواصلات ACCESS

للاستخدام المكتبي فقط

تاريخ الاستلام

رقم بطاقة تعريف الهوية:

رمز الحالة

PCA

شبكة Mapsco

يُرجى إعادة الطلب إلى العنوان التالي:

Trinity Metro ACCESS - 801 Grove Street, Fort Worth, Texas 76102

رقم الهاتف: (817) 215-8600 | رقم الفاكس: (817) 215-8934

### القسم 1

يُكمّله مقدم الطلب. يُرجى كتابة البيانات أو طباعتها.

هل سبق وأن حصلت على ترخيص لاستخدام خدمة مواصلات ACCESS؟  نعم  لا تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_

إذا كانت الإجابة "لا"، هل تقدمت قبل ذلك للحصول على خدمة مواصلات ACCESS؟  نعم  لا أذكر التاريخ \_\_\_\_\_

1. الاسم: السيد  السيدة  الاسم الأول \_\_\_\_\_ الحرف الأول من الاسم الثاني \_\_\_\_\_ الاسم الأخير \_\_\_\_\_

2. هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ رمز المنطقة \_\_\_\_\_ الهاتف المحمول: \_\_\_\_\_ رمز المنطقة \_\_\_\_\_

3. عنوان المنزل: \_\_\_\_\_ رقم الشارع أو صندوق \_\_\_\_\_ المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

اسم ورقم الشقة: \_\_\_\_\_

عنوان المراسلات البريدية: \_\_\_\_\_ رقم الشارع أو صندوق \_\_\_\_\_ المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_ (إذا كان مختلفاً)

4. اللغة المفضلة: الإنجليزية  الإسبانية  برايل  الطباعة بحجم كبير  الصوت  الإنجليزية الإسبانية  ضع دائرة حول لغة الصوت المفضلة

5. مسؤول الاتصال في حالات الطوارئ: \_\_\_\_\_ الاسم \_\_\_\_\_ العلاقة \_\_\_\_\_ الهاتف المتاح خلال النهار \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_ رقم الشارع أو صندوق \_\_\_\_\_ المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

6. ما هو الجهاز المساعد المستخدم؟ حدد كل ما ينطبق:

كرسي متحرك يدوي  كرسي متحرك كهربائي  سكوتر كهربائي  أكسجين محمول  عصا  عكاز  مشاية  عضو اصطناعي  عصا مشي/عصا بيضاء

حيوان الخدمة  ما الخدمة التي يقدمها الحيوان؟ \_\_\_\_\_

7. إذا كنت تستخدم كرسيًا متحركًا أو سكوترًا، فهل يوجد في مسكنك منحدر للكراسي المتحركة؟  نعم  لا

إذا لم يكن هناك منحدر، فكم عدد درجات السلم؟ \_\_\_\_\_ (لن يأخذ السائق أو ينزل أي كرسي متحرك على درجة سلم أعلى من 6 بوصات أو على سلم أكثر من درجة واحدة)

إذا كانت هناك أكثر من درجة، كيف تنقل كرسيك المتحرك إلى مستوى الشارع؟ \_\_\_\_\_

8. إذا لزم الأمر، هل يمكنك نقل نفسك من على كرسي متحرك إلى سيارة ركاب؟  نعم  لا

9. هل سبق وأن استخدمت خدمة حافلات المدينة؟  نعم  لا

هل سبق وأن تلقيت تدريبًا على استخدام خدمة حافلات المدينة؟  نعم  لا

الجهات الأكثر شيوعًا – اذكر العناوين: \_\_\_\_\_

التاريخ \_\_\_\_\_

توقيع مقدم الطلب \_\_\_\_\_

(ملاحظة: متى نتلقى طلبًا مكتملاً بجميع المعلومات المطلوبة، قد يستغرق الأمر ما يصل إلى 21 يومًا لمعالجة الطلب.)

TRINITY METRO

## القسم 2

## يجب إكماله بواسطة الوكالة أو الطبيب. يُرجى كتابة البيانات أو طباعتها.

يُرجى تذكر أنّ برنامج نقل ذوي الإعاقة عبارة عن خدمة نقل مشتركة مدعومة للأشخاص الذين يعانون من إعاقة تمنعهم من استخدام وسائل النقل العام الحالية. كما يُرجى معرفة أنّ هناك عددًا كبيرًا من الأشخاص المهتمين بالحصول على هذه الخدمة، ولكنّ الفئة المستهدفة هم الأشخاص المؤهلون الذين يكون خيار النقل الوحيد لهم هو نقل ذوي الإعاقة. وإذا كانت لديك أسئلة بخصوص الأهلية، فيرجى الاتصال بمكتب ACCESS على رقم 817-215-8600. تُؤخذ جميع القرارات النهائية ذات الصلة بالأهلية بواسطة موظفي ACCESS الإداريين.

## 10. ما هو التشخيص الطبي المسبب للإعاقة؟

(على سبيل المثال، إذا كانت الإعاقة ذهنية - اذكر معدل الذكاء والنوبات المرضية - واذكر النوع ومعدل التكرار في الشهر)

تاريخ التشخيص: \_\_\_\_\_

## 11. كيف تمنع الإعاقة مقدم الطلب من ركوب حافلات المدينة العادية؟

ما هي حدوده الجسدية؟

اذكر أي أدوية قد تُضعف الحركة أو تقويها: \_\_\_\_\_

هل يوجد أي علاج معلق؟  نعم  لا  النتائج المتوقعة: \_\_\_\_\_

إذا كان الشخص يعاني من إعاقة تؤثر على الحركة، فهل هذا الشخص: (حدد كل ما ينطبق)

قادرة على المشي أو تحريك الكرسي المتحرك دون مساعدة؟  نعم  لا   
أقل من بلوك واحد  بلوك واحد  3 بلوكات  6 بلوكات  9 بلوكات  (3 بلوكات = ¼ ميل)

ملاحظات \_\_\_\_\_

باستخدام الدرابزين، هل يستطيع مقدم الطلب صعود ثلاث درجات ارتفاعها 12 بوصة دون مساعدة؟  نعم  لا

ملاحظات \_\_\_\_\_

هل تستطيع الانتظار في الخارج في جميع الظروف الجوية دون مساعدة لمدة 20 دقيقة على الأقل؟  نعم  لا

ملاحظات \_\_\_\_\_

إذا كانت الرؤية ضعيفة، ما هي حدة الإبصار المصححة المثلى (مخطط سنيلين)؟

العين اليمنى \_\_\_\_\_ العين اليسرى \_\_\_\_\_ حدود الرؤية: العين اليمنى \_\_\_\_\_ العين اليسرى \_\_\_\_\_

## 12. هل يستخدم هذا الشخص أي أجهزة مساعدة؟ إذا كان الجواب بنعم، فما هي؟

هل تلقى هذا الشخص تدريبًا على استخدام خدمة حافلات المدينة؟  نعم  لا  لا أعرف   
هل يمكن لهذا الشخص استخدام خدمة حافلات المدينة العادية؟  أبدًا  أحيانًا  دائمًا  إذا بالإمكان الوصول إليها بواسطة كرسي متحرك \_\_\_\_\_  
هل يمكن لهذا الشخص الاستفادة من التدريب على خط الحافلات؟  نعم  لا

13. هل الإعاقة: دائمة  مؤقتة  إذا كانت مؤقتة، ما طول المدة التي سيحتاج فيها مقدم الطلب إلى الخدمة؟14. يُسمح لجميع المتقدمين المصرح لهم باصطحاب ضيف معهم. فهل يجب على مقدم الطلب أن يكون لديه مرافق رعاية شخصية لمساعدته؟  نعم  لا 

إذا لزم الأمر، يجب على مقدم الطلب تقديم مرافقه الخاص.

رقم الفاكس /

( )  
رمز المنطقة رقم الهاتف /

وكالة التحقق أو الطبيب

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

العنوان

التاريخ

التوقيع

## 15. أقرُّ أنا (اكتب الاسم)

بأن المعلومات المذكورة أعلاه حقيقية وصحيحة.

قد يتم إرفاق أي معلومات إضافية. شكرًا لك على وقتك الذي قضيتَه في إكمال هذا الطلب.