

ຄຳຮ້ອງສະໝັກສຳລັບ ACCESS

ສຳລັບໃຊ້ໃນຫ້ອງການເທົ່ານັ້ນ

ກະລຸນາຕອບກັບທີ່:

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

Phone: (817) 215-8600 | Fax: (817) 215-8934

ວັນທີ່ໄດ້ຮັບ _____

ເລກບັດປະຈຳຕົວ _____

ລະຫັດສະຖານະ _____

PCA _____

Mapsco Grid _____

ພາກສ່ວນທີ 1

ຕ້ອງຕື່ມໃຫ້ຄົບຖ້ວນໂດຍຜູ້ລົງສະໝັກ. ກະລຸນາພິມ ຫຼື ປຶ້ມ.

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 ພາສານູນ ຕົວເລິມໃຫຍ່ ສຽງ ພາສາອັງກິດສະເປນ
ຂີດວົງມົນອ້ອມທາງເລືອກພາສາສຽງ

5. ຕິດຕໍ່ສຸກເສີນ: _____ ຄວາມສຳພັນ _____ ເບີໂທລະສັບໃນກາງເວັນ
ຊື່ _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____

ທີ່ຢູ່: _____
ຖະໜົນ ຫຼື ຕູ້ໄປສະນີ _____ ເມືອງ _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____

6. ໃຊ້ເຄື່ອງມືຊ່ວຍບໍ? ຕົກທຸກຢ່າງທີ່ໃຊ້:
ລົດເຂັນທີ່ຄວບຄຸມດ້ວຍມື ລົດເຂັນອີເລັກໂທຣນິກ ລົດສະກູດເຕີຕິດຈັກ Portable Oxygen
ໄມ້ຄ້ອນເທົ້າ ໄມ້ຄ້າຂີ້ແຮ້ ເຄື່ອງຊ່ວຍຢ່າງ ອົງຄະທຽມ ເຄື່ອງໂຍກຍ້າຍ/ໄມ້ຄ້ອນເທົ້າຂາວ
ສັດບໍລິການ ແມ່ນຫຍັງຄົບລົງການທີ່ສັດສະໜອງໃຫ້? _____

7. ຖ້າທ່ານໃຊ້ລົດເຂັນ ຫຼື ສະກູດເຕີ, ສະຖານທີ່ອາໄສຂອງທ່ານມີທາງເນີນສຳລັບລົດເຂັນບໍ? ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າບໍ່ມີທາງເນີນສຳລັບລົດເຂັນ, ມີຂັ້ນໄດຈັກຂັ້ນ? _____ (ຜູ້ຂັບຈະບໍ່ນຳລົດເຂັນຂຶ້ນ ຫຼື ລົງຂັ້ນໄດທີ່ສູງກວ່າ 6 ນິ້ວ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ 1 ຂັ້ນ)
ຖ້າມີຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງຂັ້ນ, ທ່ານຈະເຄື່ອນຍ້າຍລົດເຂັນຂອງທ່ານໃຫ້ເທົ່າລະດັບຖະໜົນໄດ້ແນວໃດ? _____

8. ຖ້າຈຳເປັນ, ທ່ານສາມາດໂຍກຍ້າຍຕົນເອງຈາກລົດເຂັນເຂົ້າໃນລົດສ່ວນບຸກຄົນໄດ້ບໍ? ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

9. ທ່ານເຄີຍໃຊ້ບໍລິການລົດເມປະຈຳເມືອງບໍ? ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ
ທ່ານເຄີຍໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມເພື່ອໃຊ້ບໍລິການລົດເມປະຈຳເມືອງບໍ? ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ
ບາຍທາງປະຈຳທີ່ສຸດ - ໃຫ້ລະບຸທີ່ຢູ່: _____

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ລົງສະໝັກ _____ ວັນທີ _____

ຊື່ຂອງຜູ້ລົງສະໝັກ: _____
(ສໍາລັບການສົ່ງຜ່ານແຜ່ກ)

ສໍາລັບໃຊ້ໃນຫ້ອງການເທົ່ານັ້ນ
NBR _____

ວັນເດືອນປີເກີດ
: _____ / _____ / _____
(ຈໍາເປັນ) ເດືອນ ວັນ ປີ

ພາກສ່ວນທີ 2

ຕ້ອງຖືກຕື່ມໃຫ້ຄົບຖ້ວນໂດຍ ໜ່ວຍງານ ຫຼື ທ່ານໝໍ. ກະລຸນາພິມ ຫຼື ປຣິນ.

ກະລຸນາຈື່ວ່າ ໂບຣແກຣມ paratransit

ແມ່ນບໍລິການຂົນສົ່ງຮ່ວມກັນຈາກການອຸດໜູນທີ່ສະໜອງການຂົນສົ່ງໃຫ້ກັບບຸກຄົນທີ່ພິການເພື່ອບໍ່ອາດຈະນໍາໃຊ້ການຂົນສົ່ງສາທາລະນະທີ່ຢູ່ໃນບັດຈຸບັນ.

ອີກຢ່າງ ໃຫ້ຈື່ໄວ້ວ່າ ພວກເຮົາມີບຸກຄົນຈໍານວນຫຼວງຫຼາຍທີ່ສົນໃຈໃນບໍລິການ, ແຕ່ຈຸດປະສົງຂອງ paratransit ແມ່ນສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ມີຄຸນສົມບັດ **ເຊິ່ງມີພຽງທາງເລືອກດຽວສໍາລັບການຂົນສົ່ງ ນັ້ນກໍຄື paratransit**. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການມີສິດ, ກະລຸນາໂທໄປຫາຫ້ອງການ ACCESS ທີ່ 817-215-8600. ການຕັດສິນໃຈເດັດຂາດທຸກຢ່າງກ່ຽວກັບການມີສິດແມ່ນຂຶ້ນກັບພະນັກງານບໍລິຫານຂອງ ACCESS.

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

_____ ວັນທີຂອງການບັງຄັບມະຕິ: _____

11. ຄວາມພິການເປັນອຸປະສັກແກ່ຜູ້ລົງສະໝັກການໃຊ້ບໍລິການລົດເມປະຈໍາເມືອງຢ່າງເປັນປະຈໍາແນວໃດ?
ແມ່ນຫຍັງຄືຂໍ້ຈໍາກັດທາງດ້ານກາຍະພາບຂອງພວກເຂົາ?

ຈິ່ງລະບຸຮາຮັກສາໃດກໍຕາມທີ່ອາດທໍາລາຍ ຫຼື ຊ່ວຍໃນການເຄື່ອນໄຫວ: _____

ມີການບໍາບັດທີ່ຍັງຄ້າງຄາບ? ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ ຜົນຄາດຫວັງ: _____

ຖ້າບຸກຄົນມີຄວາມພິການເຊິ່ງສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການເຄື່ອນໄຫວ, ບຸກຄົນນີ້: (ຕັກທຸກຢ່າງທີ່ໃຊ້)

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

ໝາຍເຫດ _____

ຖ້າໃຊ້ຮາວຄັນໄດ, ຜູ້ລົງສະໝັກສາມາດປີນຂັ້ນໄດ 12 ນິ້ວໂດຍບໍ່ມີຕົວຊ່ວຍບໍ່? ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ໝາຍເຫດ _____

ສາມາດຍ່າງຂ້າງນອກໃນທຸກສະພາບອາກາດໂດຍບໍ່ມີເຄື່ອງຊ່ວຍເປັນເວລາໜ້ອຍສຸດ 20 ນາທີບໍ່? ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ໝາຍເຫດ _____

ຖ້າສາຍຕາພິການ, ແມ່ນຫຍັງຄືການຮັກສາຄວາມເຫັນຊັດດ້ານສາຍຕາທີ່ດີທີ່ສຸດ (ສະເລ່ຍເວລາ)?

ຕາເບື້ອງຂວາ _____ ຕາເບື້ອງຊ້າຍ _____ ຂອບເຂດທີ່ຈໍາກັດ: ຂວາ _____ ຊ້າຍ _____

12. ບຸກຄົນນີ້ມີເຄື່ອງຊ່ວຍບໍ່? ຖ້າມີ, ແມ່ນຫຍັງ? _____

ບຸກຄົນນີ້ເຄີຍຜ່ານການຝຶກອົບຮົມເພື່ອໃຊ້ບໍລິການລົດເມປະຈໍາເມືອງບໍ່? ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ ບໍ່ຮູ້

ບຸກຄົນນີ້ສາມາດໃຊ້ບໍລິການລົດເມປະຈໍາເມືອງຢ່າງເປັນປະຈໍາບໍ່? ບໍ່ເລີຍ ບາງເທື່ອ ສູ່ສະເໝີ ຖ້າລົດເຂັນສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ _____

ບຸກຄົນນີ້ຈະໄດ້ຮັບປະໂຫຍດຈາກການຝຶກອົບຮົມເສັ້ນທາງລົດເມບໍ່? ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

13. ຄວາມພິການ: ຖາວອນ ຊິ້ວຄາວ ຖ້າຂໍ້ອາວຸ, ຜູ້ລົງສະໝັກຈະຕ້ອງການບໍລິການດິນສໍາໃດ? _____

14. ຜູ້ລົງສະໝັກທີ່ຜ່ານການຮອງຮັບທຸກຄົນແມ່ນໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ພາແຂກໄປພ້ອມກັບພວກເຂົາ.
ຜູ້ລົງສະໝັກຈໍາເປັນຕ້ອງມີຜູ້ຊ່ວຍດູແລສ່ວນຕົວເພື່ອຈັດການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໄປກັບພວກເຂົາບໍ່? ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າຈໍາເປັນ, ຜູ້ລົງສະໝັກຕ້ອງຈັດການຜູ້ຊ່ວຍດູແລຂອງພວກເຂົາເອງ.

_____ () _____ ແຜ່ກ
ໜ່ວຍງານ ຫຼື ທ່ານໝໍທີ່ຍິນຍົນ ລະຫັດເຂດ ໂທລະສັບ

ທີ່ຢູ່ _____ ເມືອງ _____ ວັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ

15. ຂໍ້ພະເຈົ້າ (ຊື່ພິມ) _____ ວາຍເຊັນ _____ ວັນທີ _____
ຍິ່ງຍິນຍົາ ຂໍ້ມູນທີ່ກ່າວມາຂ້າງເທິງແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ.

ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມອາດຖືກຂັດຕິດ. ຂອບໃຈທີ່ສະຫຼະເວລາເພື່ອຕື່ມຄໍາຮ້ອງສະໝັກນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ.