



شكراً لك على الاستفسار عن أهليتك لتلقي خدمات نقل المعاقين ADA من خلال برنامج Omnitrans الموازي للنقل. خدمة Access متاحة للأفراد المعاقين أو الذين يعانون من حالة صحية تعيق حركتهم وتمنعهم من استخدام نظام حافلات Omnitrans ذات المسار الثابت بشكل مستقل بالكامل سواء كان ذلك بشكل دائم أو مؤقتاً في ظل ظروف معينة. مرفق طلب الحصول على خدمات برنامج Omnitrans الموازي لنقل المعاقين ADA ومعلومات عن كيفية إكمال عملية التأهيل لخدمة Access. إذا كنت ترغب بالحصول على هذا الطلب بصيغة أخرى أو أردت الحصول على المزيد من المعلومات فيرجى الاتصال على الرقم 379-7284 (909) أو الموقع الإلكتروني [OmniADA@omnitrans.org](mailto:OmniADA@omnitrans.org).

### خطوات عملية التأهيل:

1. قم بتعبئة طلب برنامج النقل الموازي الذي يتبع هذه الصفحة. إذا كنت بحاجة للمساعدة في تعبئة هذا الطلب فيمكننا المساعدة.
2. أطلب من أخصائي رعاية صحية مؤهل مطلع على إعاقتك وقدراتك الوظيفية تعبئة نموذج التحقق المهني المرفق.
3. عند الانتهاء من جميع الأعمال الورقية اتصل مع طاقم الأهلية على الرقم 379-7284 (909) لتحديد موعد مقابلة شخصية لمراجعة أهليتك وتقييم النقل الوظيفي. نرجو منك عدم إرسال الطلب بالبريد أو عبر الفاكس - يجب أن تحضر النسخة الأصلية معبأة معك إلى الموعد.
4. يجب عليك إكمال المراجعة والتوجيه شخصياً مع تقييم وظيفي حسب الضرورة في قسم الأهلية والحركة. توجد ضمن هذه الحزمة توجيهات الوصول للقسم ومعلومات حول مراجعة الأهلية. المواصلات مؤمنة مجاناً من وإلى مقابلة الأهلية من المواقع الموجودة ضمن نطاق منطقة خدمات Omnitrans للمعاقين ADA.
5. سيتم اتخاذ قرار الأهلية خطياً خلال 21 يوماً من تاريخ اكتمال طلبك والذي يتضمن المقابلة الشخصية والتقييم الوظيفي ومراجعة أية معلومات إضافية. إذا لم يتم اتخاذ قرار الأهلية خطياً خلال 21 يوماً من تاريخ اكتمال طلبك والمقابلة الشخصية تكون عندها مؤهلاً لاستخدام خدمات مواصلات Access لحين اتخاذ قرار بخصوص أهليتك للاستفادة من هذه الخدمة.

## معلومات عن ACCESS:

إن قانون ذوي الإعاقات من الأمريكيان (ADA) لعام 1990 هو مشروع قرار للحقوق المدنية يحظر التمييز ضد الأفراد ذوي الإعاقات. وبموجب قانون ADA فإن باصات النقل العام العاملة على خط سير ثابت يجب أن توفر خدمات نقل بديلة للأشخاص ذوي الإعاقات الذين لا يمكنهم استخدام نظام باصات الخط الثابت. وهذا يعني أن الأفراد الذين تمنعهم إعاقاتهم من استخدام باص النقل العام المنتظم بشكل مستقل يجب أن يكون بمقدورهم التنقل في نفس الأيام خلال نفس الساعات في نفس خط سير الباص مقابل أجرة لا تتجاوز ضعفي أجرة الباص المنتظمة للراكب البالغ بدون خصم. إن خدمات Access التي توفرها Omnitrans مصممة لتلبية هذه المتطلبات.

إن خدمات النقل البديلة Access التي تقدمها Omnitrans هي خدمة نقل عام مشتركة تحتاج إلى حجز مسبق. إن طريقة عمل Access هي أنها مصممة لتكون خدمة نقل من الرصيف إلى الرصيف ويتوجب على الركاب الذين يحتاجون إلى مستوى أعلى من المساعدة في التنقل من أماكن وجودهم إلى وجهاتهم بسبب عجز مرتبط بحالة صحية الاتصال مع Omnitrans لعمل الترتيبات التي يمكن توفيرها لمساعدتهم على التنقل. يتم تحديد منطقة خدمة Access بأنها لغاية 3/4 ميل على جانبي مسار باص Omnitrans الموجود والذي يعمل بانتظام.

ولكي تتمكن من استخدام خدمات نقل Access الموازية من Omnitrans للأشخاص المعاقين ADA يجب أن تحصل على شهادة أهلية لذلك. يتم تحديد الأهلية على أساس كل حالة على حدة. تقتصر تعليمات ADA بشكل مشدد الأهلية على الذين يعانون من محددات معينة تمنعهم من استخدام وسائل النقل العامة المتاحة. إن أسطول باصات Omnitrans للنقل العام متاح بالكامل.

هنالك ثلاثة عوامل مهمة للأهلية وهي:

1. قدرة الشخص على الانتقال بشكل مستقل من وإلى أقرب موقف للباص.
2. قدرة الشخص على صعود الباص والنزول منه بشكل مستقل.
3. قدرة الشخص الإدراكية على الانتقال بشكل مستقل في نظام الباصات المنتظم.

المسائل التي لا تعتبر عوامل بحد ذاتها لتحديد الأهلية تتضمن ما يلي:

1. العمر
2. المسافة إلى موقف الباص
3. عدم توفر خدمة الباصات في منطقة معينة
4. الباصات المكتظة فوق العادة
5. عدم القدرة على التحدث باللغة الإنجليزية
6. الظروف الجوية

من الممكن المصادقة على طلبك المقدم للحصول على خدمات ADA بأهلية كاملة (غير مشروطة) أو على أساس محدود (مشروط) أو لفترة مؤقتة (مؤقت). إذا كان القرار بأنك قادر على استخدام جميع رحلات الباصات المنتظمة بدون مساعدة من شخص آخر فلن تكون مؤهلاً للاستفادة من خدمات برنامج Access.

إذا صدر قرار بعدم أهليتك للاستفادة من خدمات النقل الموازية المخصصة للأفراد ذوي الإعاقة ADA أو إذا كنت غير راض عن نوع الأهلية التي منحت لك فيمكنك الطعن في القرار من خلال تقديم طلب خطي إلى Omnitrans خلال 60 يوماً من تلقيك رسالة الموافقة/الرفض. يمكنك المطالبة بالطعن من النوع الأول أو

الطعن من النوع الثاني. في حال طعون النوع الأول يقوم مختص بمراجعة الطعون بمراجعة الوثائق وأي معلومات جديدة تقوم بتقديمها وتشعر بأنها ذات صلة بالقرار الخاص بك. يكون مختص بمراجعة الطعون مستقلاً عن قسم تحديد الأهلية.

الطعن من النوع الثاني يطلب منك المثل أمام لجنة مراجعة الطعون لتقديم المعلومات التي تعتقد بأنها يجب أن يتم أخذها في الحسبان في تقرير أهليتك. تقوم اللجنة بمراجعة وثائق الأهلية الخاصة بك وتستمع إلى المعلومات التي تقوم بتقديمها إلى اللجنة. إن قرار لجنة طعون النوع الثاني يكون هو القرار النهائي. هنالك معلومات محددة بخصوص الطعن مرفقة برسالة الرفض.

يجب أن لا تستغرق عملية الطعن أكثر من 30 يوماً. يجوز لك إعادة التقدم بطلب في حال ساءت حالتك أكثر.

إن من المهم تعبئة جميع أجزاء الطلب بما في ذلك نموذج مختص الرعاية الصحية. لن يكون بمقدورك تحديد موعد إذا لم تقم بتعبئة هذه النماذج المطلوبة. إذا حضرت إلى المقابلة الشخصية والنماذج التي بحوزتك غير مكتملة فإن من الممكن إلغاء موعدك.

## ماذا يجب أن أحضر معي لمقابلة الأهلية؟

- إثبات شخصية يحمل صورتك.
- قائمة أديتك الحالية.
- الطلب معبأ بالكامل ونموذج التحقق من مختص الرعاية الصحية. لا تقم بإرسال الطلب بالبريد أو الفاكس.
- جميع أدوات المساعدة على الحركة التي تستخدمها للتنقل خارج منزلك.
- إذا كنت تعاني من عجز بصري فيرجى أن تحضر معك تقرير حدة الإبصار من طبيبك.
- إذا لم تحضر معك نموذج التحقق من مختص الرعاية الصحية فإن طلب الأهلية الخاص بك يعتبر غير مكتمل وسوف تتأخر عملية اتخاذ قرار بخصوص أهليتك. جميع المعلومات التي تقدمها محمية وستبقى سرية.
- لا تنسى التوقيع على نموذج الإفصاح عن المعلومات الموجود في اسفل الصفحة 3. يجب أن تقوم أنت بتوقيع هذا النموذج وليس مختص الرعاية الصحية.
- عندما تذهب إلى قسم التقييم فقد ترغب بأن تحضر معك وجبة خفيفة أو كتاباً أو دواءً وما يكفي من الأوكسجين إلخ حيث أن عملية المراجعة قد تستغرق ساعتين ناهيك عن وقت التنقل.

## ما الذي يجري خلال مراجعة الأهلية؟

- سيجلس معك تقني متخصص في الأهلية لمراجعة طلبك ويسألك أسئلة إضافية بخصوص قدرتك على استخدام نظام الباصات.
- قد يطلب منك المشاركة في تقييم وظيفي في المجتمع بحيث يمكننا تقييم قدراتك الوظيفية أكثر. قد يتم إجراء التقييم في الخارج وعليه نرجو منك الحضور بملابس ملائمة للجو في ذلك اليوم بما في ذلك الحذاء والقبعة. لغايات السلامة فإن خدمة Access لا توصي باصطحاب الأطفال إلى مضمار التقييم الوظيفي.
- سنقوم بالتقاط صورة لك لاستخدامها على الهوية في حال الموافقة على أهليتك لاستخدام خدمة Access.
- يمكنك اصطحاب شخص من اختيارك إلى مراجعة الأهلية. إذا قررت القدوم وبرفتك أطفال فيرجى أن تحضر معك شخصاً للإشراف عليهم خلال مشاركتك في المراجعة.



## الطلب

إذا كنت تعاني من إعاقة جسدية أو وظيفية حسب تعريف قانون ذوي الإعاقات من الأمريكيان (ADA) والتي تحد من قدرتك على استخدام باصات Omnitrans المتوفرة ذات المسارات الثابتة فإنك قد تكون مؤهلاً لاستخدام خدمة Access. إن المعلومات التي نحصل عليها من خلال عملية التحقق الحالية سيتم استخدامها من طرف Omnitrans لتحديد فيما إذا كنت مؤهلاً للحصول على خدمة Access. وقد نقوم بمشاركة هذه المعلومات مع وكالات نقل أخرى لتسهيل مواصلاتك في المناطق الأخرى.

إن الطلب يجب **تعبئته بالكامل** بما في ذلك نموذج تحقق يقوم بتعبئته متخصص في الرعاية الصحية. إن الطلبات غير المكتملة سوف تتسبب في تأخير عملية اتخاذ قرار بخصوص أهليتك.

ذكر

أنثى

الاسم

الأول

اسم الأب

العائلة

تاريخ الميلاد \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي (اختياري) \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

رقم MEDI-CAL (في حال كان ذلك ينطبق عليك) \_\_\_\_\_

عنوان المنزل

الشارع

# رقم الشقة

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

الهاتف

هاتف المنزل

الخلوي

العمل

العنوان البريدي

الشارع

# رقم الشقة

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

(في حال كان مختلفاً عن العنوان

### بيئة الحي

كيف تصف المنطقة التي تعيش فيها (مثلاً تلة منحدره جداً أو تلة طويلة متدرجة أو مستوية إلخ)؟

هل تسكن في المكان الذي تسكن فيه؟  نعم/لا هل هناك منحدر بالقرب من مكان سكنك؟  نعم/لا

كم درجة يوجد في مدخل مد \_\_\_\_\_

هل تسكن في الطابق الأرضي؟  نعم/لا

## المواصلات الحالية

هل تستخدم باصات Omnitrans المنتظمة المتوفرة الآن؟

نعم / لا / أحياناً

إذا كانت الإجابة لا أو أحياناً فما الذي يمنعك من ركوب الباصات؟ (لا يوجد رصيف مثلاً)

ما هو الجزء الأكثر صعوبة في ركوب الباص بالنسبة لك؟

ما هي مسارات الباصات التي تخدم الحي الذي تسكنه؟

ما هو مسار الباص الأقرب إلى بيتك؟ (يرجى تحديد الموقع)

هل يمكنك الوصول لموقف الباص بمفردك؟

نعم / لا / أحياناً

إذا كانت الإجابة لا فما هو المانع؟

هل يمكنك الصعود إلى الباص بمفردك؟

إذا كانت الإجابة لا فما هو المانع

هل تلقيت أي تدريب على كيفية استخدام خدمة الباصات ذات المسارات الثابتة؟

نعم / لا

إذا كانت الإجابة لا فهل ترغب بالمشاركة في تدريب مجاني؟

نعم / لا

إذا كنت لا تركب باصات Omnitrans فكيف تنتقل حالياً؟ (على سبيل المثال العائلة والأصدقاء)

## أدوات الحركة المستخدمة

(اختر كل ما ينطبق)

قابل للطوي، يستطيع الراكب الانتقال إلى كرسي عادي بدون مساعدة السائق.

الراكب لا يستطيع الانتقال إلى مقعد عادي بدون مساعدة السائق.

كرسي متحرك يدوي

كرسي متحرك مرتفع

كرسي متحرك طويل

كرسي متحرك كهربائي

كرسي على شكل عربة

حيوان مساعدة مدرب

عصا/عصا بيضاء

عكازات

كرسي متحرك عريض

سكوتر بمحرك

حملات

جهاز مشي (قابل للطوي)

جهاز مشي (غير قابل للطوي)

أسطوانة أوكسجين

أطراف صناعية

غير ذلك

### وسيلة الإعلام المفضلة / نوع الاتصالات

طباعة عادية \_\_\_\_\_ خط كبير \_\_\_\_\_ برايل \_\_\_\_\_  
شريط كاسيت \_\_\_\_\_ قرص مضغوط \_\_\_\_\_ الهاتف النصي/بدالة California \_\_\_\_\_  
غير ذلك (يرجى التحديد) \_\_\_\_\_ بالإسبانية \_\_\_\_\_  
الإيميل (يرجى إعطاء عنوان) \_\_\_\_\_

### اتفاقية طلب الحصول على خدمة ACCESS التي تقدمها OMNITRANS

أوافق على أنني في حال الموافقة على السماح لي باستخدام خدمة Access من Omnitrans فإنني سأدفع الأجرة الدقيقة عن كل رحلة في حال طلب مني ذلك. أوافق على إبلاغ مكتب Omnitrans للأهلية عن أية تغييرات في حالتي قد تؤثر على أهليتي لتلقي هذه الخدمة. أفهم أيضاً بأن فشلي في الالتزام الوثيق بسياسات وإجراءات برنامج Omnitrans الموازي للنقل سيكون سبباً في إلغاء أهليتي وحقني في المشاركة في البرنامج.

أفهم وأوافق على عدم تعريض Omnitrans Access للمساءلة القانونية أو الأذى بسبب أية أضرار تلحق بالأشخاص أو الممتلكات أو الإصابات الشخصية التي قد تحصل نتيجة فشلي في تركيب معدات السلامة للمحافظة على سلامة أدوات التكيف أو حيوانات الخدمة التي أحتاج استخدامها للحركة. لقد قرأت شروط الخدمة وأفهمها بالكامل كما هي ملخصة في سياسات برنامج النقل الموازي Omnitrans Access وأوافق على الالتزام بهذه الشروط.

وعليه فإنني أفض بالتصريح بمعلومات التحقق وأية معلومات إضافية إلى Omnitrans لغايات تقييم أهليتي للمشاركة في برنامج Access.

أقر بأن جميع المعلومات المقدمة في هذا لطلب حقيقية وصحيحة.

التاريخ

التوقيع

يجب تعبئة المعلومات التالية بالكامل في حال قام شخص غير المتقدم بالطلب بتعبئة الطلب:

الاسم \_\_\_\_\_ الهاتف النهاري \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_

# رقم الشارع \_\_\_\_\_ الشقة للمدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

التاريخ

التوقيع

### شخص للاتصال به في حالة الطوارئ

الاسم \_\_\_\_\_

الصلة \_\_\_\_\_ رقم الهاتف \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_

# رقم الشارع \_\_\_\_\_ الشقة للمدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_

يجب تعبئة هذه الصفحة والصفحتين التاليتين من طرف مختص رعاية صحية مؤهل ومرخص (يرجى الكتابة).

## خدمة OMNITRANS ACCESS

التحقق من الأهلية

يرجى ملاحظة أن: جميع معلومات التحقق من الأهلية يجب تعبئتها من طرف متخصص مرخص ومؤهل. أمثلة المتخصصين المؤهلين المرخصين تشمل ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

|               |           |                    |                 |
|---------------|-----------|--------------------|-----------------|
| طبيب          | طبيب نفسي | معالج نفسي         | المعالج الطبيعي |
| أخصائي بصريات | ممرض مسجل | موظف خدمة اجتماعية |                 |

الشخص الذي قام بتعبئة التحقق

اللقب المهني

الوكالة/جهة العمل

رقم الرخصة

العنوان

الشارع # رقم الوحدة المدينة الولاية الرمز البريدي

العنوان

\*\*\*إذا اخترت لا أو أحيانا في أي نقطة أدناه فيرجى الشرح\*\*\*

1. ما هو التشخيص الطبي لمسبب الإعاقة (إعاقة عقلية أو صرع مثلا)؟

هل هذه الحالة مؤقتة؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_

إذا كانت الإجابة بنعم فما هي المدة المتوقعة:

تاريخ المدة

2. هل تتطلب إعاقة المتقدم بالطلب أن يتنقل بوجود مرافق؟

نعم \_\_\_ لا \_\_\_ أحيانا

اشرح:

3. هل هناك معلومات صحية أخرى يجب أن يعرفها برنامج Omnitrans Access في حال الطوارئ؟ (مثل السحايا والتهاب

الكبد الوبائي)



4. في حال كان العميل يعاني من إعاقة تؤثر على الحركة فهل هو/هي:  
قادر/قادرة على السير لمسافة 200 قدم بدون مساعدة؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_ أحياناً  
اشرح: \_\_\_\_\_

قادر/قادرة على السير لمسافة 3 مباني (1/4 ميل) بدون مساعدة فوق مختلف التضاريس؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_ أحياناً  
اشرح: \_\_\_\_\_

قادر/قادرة على السير لمسافة 6 مباني (1/2 ميل) بدون مساعدة فوق مختلف التضاريس؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_ أحياناً  
اشرح: \_\_\_\_\_

قادر/قادرة على الانتظار في الخارج لمدة 15-30 دقيقة في مختلف الظروف الجوية؟  
نعم \_\_\_ لا \_\_\_ أحياناً اشرح: \_\_\_\_\_

قادر/قادرة على عبور: \_\_\_ موقف بانجهاين 2 \_\_\_ موقف بأربعة اتجاهات  
قادر/قادرة على عبور تقاطع عليه إشارة ضوئية في المناطق التالية:  
سكنية \_\_\_ شبه تجارية \_\_\_ تجارية \_\_\_

5. في حال العجز البصري، ما هو أفضل تصحيح؟ يمين \_\_\_ يسار \_\_\_\_\_  
محددات ميدانية: يمين \_\_\_\_\_ يسار \_\_\_\_\_

في حال العمى القانوني فهل هو/هي  
قادر/قادرة على الحركة لمسافة 200 قدم بدون مساعدة؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_ أحياناً  
اشرح: \_\_\_\_\_

قادر/قادرة على السير لمسافة 3 مباني (1/4 ميل) بدون مساعدة فوق مختلف التضاريس؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_ أحياناً  
اشرح: \_\_\_\_\_

قادر/قادرة على السير لمسافة 6 مباني (1/2 ميل) بدون مساعدة فوق مختلف التضاريس؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_ أحياناً  
اشرح: \_\_\_\_\_

قادر/قادرة على الانتظار في الخارج لمدة 15-30 دقيقة في مختلف الظروف الجوية؟  
نعم \_\_\_ لا \_\_\_ أحياناً اشرح: \_\_\_\_\_

قادر/قادرة على عبور: \_\_\_ موقف بانجهاين 2 \_\_\_ موقف بأربعة اتجاهات  
قادر/قادرة على عبور تقاطع عليه إشارة ضوئية في المناطق التالية:  
سكنية \_\_\_ شبه تجارية \_\_\_ تجارية \_\_\_

6. في حال كان الشخص يعاني من مشكلة إدراكية فهل هو/هي قادر/قادرة على:

إعطاء الاسم والعنوان ورقم الهاتف عند الطلب؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_ أحياناً  
الصفحة 5

اشرح:

يدرك/تدرك الوجهة أو المعالم البارزة؟ \_\_\_ نعم \_\_\_ لا \_\_\_ أحياناً

اشرح:

يتعامل/تتعامل مع التغيرات غير المتوقعة في الروتين؟ \_\_\_ نعم \_\_\_ لا

أحياناً اشرح:

يسأل/تسأل عن الاتجاهات ويفهمها ويتبعها؟ \_\_\_ نعم \_\_\_ لا \_\_\_ أحياناً

اشرح:

يتنقل/تنتقل داخل المباني المزودة بأمان وفعالية؟ \_\_\_ نعم \_\_\_ لا

أحياناً اشرح:

7. إذا كان الشخص عاجز عن النطق فهل هو/هي:

يتواصل/تتواصل شفهيّاً؟ \_\_\_ نعم \_\_\_ لا \_\_\_ أحياناً

اشرح:

يتواصل/تتواصل بواسطة جهاز للنطق؟ \_\_\_ نعم \_\_\_ لا \_\_\_ أحياناً

اشرح:

يتواصل/تتواصل خطياً؟ \_\_\_ نعم \_\_\_ لا \_\_\_ أحياناً

اشرح:

يتواصل/تتواصل هاتفياً؟ \_\_\_ نعم \_\_\_ لا \_\_\_ أحياناً

اشرح:

أقر بأن المعلومات التي قدمتها في نموذج التحقق من الأهلية هذا حقيقية وصحيحة حسب علمي.

التاريخ

توقيع المختص المؤهل

رقم الرخصة أو الشهادة

اسم المختص المؤهل (يرجى الكتابة)