



ĐƠN ĐĂNG KÝ XÉT DUYỆT TƯ CÁCH ĐỦ ĐIỀU KIỆN SỬ DỤNG DỊCH VỤ VẬN TẢI CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT GCT

TRƯỚC KHI HOÀN THÀNH ĐƠN ĐĂNG KÝ VUI LÒNG ĐỌC HƯỚNG DẪN DÀNH CHO HÀNH KHÁCH CỦA DỊCH VỤ VẬN TẢI CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT GCT VÀ ĐƠN ĐĂNG KÝ NÀY

Nếu quý khách có bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến đơn đăng ký này, xin vui lòng liên lạc với Văn Phòng Ghi Danh/Chứng Nhận Dịch Vụ Vận Tải Cho Người Khuyết Tật qua số điện thoại 770.822.5010 và "bấm phím 3".

Kính gửi Người Đăng Ký:

Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật năm 1990 (ADA) là bộ luật quyền công dân nghiêm cấm Phân Biệt Đối Xử với người bị khuyết tật. Mục đích của ADA đó là đảm bảo Người khuyết tật được sử dụng dịch vụ vận tải công cộng bình đẳng. Theo quy định của ADA, Sở Vận Tải Quận Gwinnett (GTC) phải cung cấp nhiều Dịch Vụ, bao gồm cả dịch vụ vận tải cho người khuyết tật. Dịch vụ vận tải cho người khuyết tật là dịch vụ đi chung đưa đón hành khách từ điểm xuất phát tới điểm đến dành riêng cho những người bị khuyết tật có tư cách đủ điều kiện sử dụng dịch vụ này và không có khả năng sử dụng dịch vụ xe bus theo tuyến cố định thường xuyên.

GCT phải xác định tư cách đủ điều kiện sử dụng dịch vụ vận tải cho người khuyết tật đối với những người đăng ký/ Các loại tư cách đủ điều kiện sử dụng dịch vụ vận tải cho người khuyết tật bao gồm:

"HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN KHÔNG ĐIỀU KIỆN" (hoặc **"HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN HƯỞNG DỊCH VỤ VẬN TẢI CHO MỌI CHUYẾN ĐI"**)

Đây là kết luận phù hợp nếu GCT xác định rằng có bằng chứng hợp lý về việc người đăng ký không thể sử dụng dịch vụ vận tải theo tuyến cố định cho bất kỳ chuyến đi nào, dưới bất kỳ điều kiện nào.

"HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN CÓ ĐIỀU KIỆN" (hoặc **"HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN HƯỞNG DỊCH VỤ VẬN TẢI CHO MỘT SỐ CHUYẾN ĐI"**)

Đây là kết luận phù hợp nếu cá nhân có thể sử dụng dịch vụ vận tải theo tuyến cố định cho một số chuyến đi (khi yếu tố ngăn cản việc sử dụng dịch vụ vận tải theo tuyến cố định không tồn tại) nhưng không thể sử dụng dịch vụ này trong một số điều kiện.

"HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN TẠM THỜI" (hoặc **"HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN CHUYỂN TIẾP"**)

Đây là kết luận phù hợp nếu khuyết tật của người đăng ký chỉ là tạm thời hoặc khả năng vận động chức năng của người đó sẽ thay đổi trong ngắn hạn. Thời hạn hội đủ điều kiện ngắn hơn thời hạn thường được cấp là phù hợp. Hội đủ điều kiện tạm thời có thể là không điều kiện hoặc có điều kiện.

"KHÔNG HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN" (hoặc **"HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN SỬ DỤNG DỊCH VỤ VẬN TẢI THEO TUYẾN CỐ ĐỊNH"**)

Quyết định này là phù hợp nếu người đăng ký có thể sử dụng dịch vụ vận tải theo tuyến cố định cho mọi chuyến đi, dưới mọi điều kiện.

KHUYẾT TẬT KHÔNG TỰ ĐỘNG KHIẾN NGƯỜI MANG KHUYẾT TẬT ĐÓ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN SỬ DỤNG DỊCH VỤ VẬN TẢI CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT. TẤT CẢ NGƯỜI CAO TUỔI VÀ NGƯỜI KHUYẾT TẬT ĐỀU HOÀN TOÀN ĐƯỢC SỬ DỤNG XE BUS ĐƯA ĐÓN THEO TUYẾN CỐ ĐỊNH CỦA GCT. Hội đủ điều kiện sử dụng dịch vụ Vận Tải Cho Người Khuyết Tật Miễn Phí theo quy định của ADA được xác định dựa trên các hạn chế của khuyết tật của cá nhân, chứ không dựa trên việc có khuyết tật. Hội đủ điều kiện được xác định bằng khả năng vận động thể chất để di chuyển bằng hay đi đến địa điểm dịch vụ xe bus hoạt động theo tuyến cố định. Đây không phải là quyết định về mặt y học; mà là phân tích năng lực vận động thể chất. Khuyết tật khiến việc đi lại khó khăn hơn nhưng điều này không có nghĩa là quý khách hội đủ điều kiện.

Nếu quý khách tin rằng khuyết tật của mình có thể phù hợp với một trong các loại nêu trên, quý khách hãy đăng ký để xác nhận. Các câu hỏi trong PHẦN A của quy trình đăng ký này là bước đầu tiên để xác nhận đơn đăng ký xét duyệt hội đủ điều kiện sử dụng Dịch Vụ Vận Tải Cho Người Khuyết tật của GCT của quý khách. Hãy trả lời tất cả câu hỏi vì câu trả lời sẽ giúp chúng tôi xác định dịch vụ phù hợp với khả năng của quý khách.

Trách nhiệm của quý khách là gửi lại PHẦN A sau khi đã hoàn thành và ký tên cho GCT. Quý khách cũng phải ký Trang Ủy Quyền trong đơn này để cho phép Chuyên Gia Có Giấy Phép/Chứng Chỉ Hành Nghề tiết lộ thông tin liên quan đến khuyết tật và năng lực vận động thể chất của quý khách trong việc di chuyển đến và sử dụng dịch vụ xe bus hoạt động theo lịch trình cố định.

Trong Trang Ủy Quyền, hãy chắc chắn cung cấp đầy đủ thông tin về Chuyên Gia Có Giấy Phép/Chứng Chỉ Hành Nghề, người có thể trả lời hợp lý các câu hỏi về khuyết tật cũng như khả năng thể chất trong việc di chuyển của quý khách. Xin lưu ý: người điền vào PHẦN A của đơn đăng ký này không được là Chuyên Gia Có Giấy Phép/Chứng Chỉ Hành Nghề sẽ điền vào PHẦN B.

Chuyên Gia Có Giấy Phép/Chứng Chỉ Hành Nghề nên là người hiểu rõ khả năng vận động thể chất của quý khách. Nói cách khác, một bác sĩ gia đình có thể có ít hiểu biết về người bị:

- Khuyết tật tâm thần so với bác sĩ tư vấn, bác sĩ tâm thần hay nhà tâm lý học;
- Khiếm thị so với chuyên gia về vận động;
- Khuyết tật phát triển so với người quản lý vụ việc hoặc chuyên gia việc làm;
- Khuyết tật vận động so với bác sĩ vật lý trị liệu thể chất hoặc bác sĩ vật lý trị liệu bệnh nghề nghiệp.

Gửi đơn đăng ký Phần A đã hoàn thành với tất cả chữ ký cần thiết về địa chỉ sau:

**Gwinnett County Transit
Re: Paratransit Application Part A
3525 Mall Boulevard, Suite 5-C
Duluth, GA 30096**

Khi GCT nhận được PHẦN A hoàn thiện, PHẦN B của đơn đăng ký sẽ được chuyển tiếp cho Chuyên Gia Có Giấy Phép/Chứng Chỉ Hành Nghề mà quý khách đã nêu tên trong PHẦN A. Đơn đăng ký của quý khách sẽ được coi là hoàn thành sau khi Chuyên Gia Có Giấy Phép/Chứng Chỉ Hành Nghề hoàn tất và gửi lại PHẦN B cho GCT. GCT sẽ đưa ra quyết định về sự hội đủ điều kiện của quý khách trong vòng 21 ngày, sau khi nhận được đơn đăng ký hoàn chỉnh.

Xin cảm ơn sự hỗ trợ của quý khách,

Quản Lý Dịch Vụ Vận Tải Cho Người Khuyết Tật
Chỉnh sửa ngày 17/2/2015

TẤT CẢ CÂU HỎI TRONG ĐƠN ĐĂNG KÝ NÀY LÀ VỀ KHẢ NĂNG VẬN ĐỘNG CHỨC NĂNG ĐỂ SỬ DỤNG XE BUS CÓ SẴN, HOẠT ĐỘNG THEO TUYẾN CÓ ĐỊNH.

PHẦN A THÔNG TIN CỦA NGƯỜI ĐĂNG KÝ (VUI LÒNG VIẾT IN HOA) NGÀY: _____

Vui lòng đánh dấu một mục: Đăng Ký Lần Đầu _____ Xác Nhận Lại Đăng Ký _____

Tên _____ Họ _____ Tên đệm _____

Địa Chỉ _____

Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Zip _____

Số Điện Thoại: (ban ngày) _____ (buổi tối) _____ (di động) _____

Ngày sinh _____ Nam _____ Nữ _____

Địa chỉ email để gửi thư (KHÔNG BẮT BUỘC): _____

Tên Liên Lạc Khẩn Cấp: _____

Số Điện Thoại Liên Lạc Khẩn Cấp: () _____

Điểm dừng xe bus gần khu dân cư của quý khách nhất. (Nếu quý khách không chắc chắn, hãy gọi 770.822.5010 và "bấm phím 3").

Tên khu chung cư hoặc khu dân cư: _____

Giao lộ lớn gần nhất: _____

Đường cắt ngang gần khu dân cư của quý khách nhất: _____

Hãy điền thông tin được yêu cầu.

Liệt kê Tên Y Học của Khuyết Tật hoặc Tình Trạng Y Tế của quý khách	Đây là Tình Trạng Vĩnh Viễn?	Thời Gian Tồn Tại Tình Trạng	Thuốc điều trị Tình Trạng
	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		
	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		
	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		
	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		

1. Các (tình trạng) tác động như thế nào đến khả năng di chuyển bằng dịch vụ xe bus (lớn) có sẵn, hoạt động thường xuyên, theo tuyến cố định của quý khách? Hãy ghi thật cụ thể.

2. Quý khách có **Khuyết Tật Nhận Thức** không? (Quý khách có từng bị chẩn đoán tổn thương Não Do Chấn Thương/Không Do Chấn Thương, Tâm Lý Chậm Phát Triển, Bệnh Trí Tuệ Ranh Giới, Hội Chứng Down, Tự Kỷ, v.v. hay không?) Có Không

Vui lòng giải thích:

3. Quý khách từng trải qua việc nào trong những việc sau đây? Hãy đánh dấu tất cả phương án phù hợp và giải thích:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hoảng Loạn | <input type="checkbox"/> Mơ Hồ |
| <input type="checkbox"/> Dễ Bị Kích Động hoặc Tức Giận | <input type="checkbox"/> Hoang Tưởng |
| <input type="checkbox"/> Ảo Tưởng Hệ thống | <input type="checkbox"/> Không Thể Xác Định Hình Ảnh |
| <input type="checkbox"/> Khó Nhớ Trong thời Gian Ngắn | <input type="checkbox"/> Không thể Đọc hoặc Viết |
| <input type="checkbox"/> Khó Nhớ Trong Thời Gian Dài | <input type="checkbox"/> Khó Hiểu |
| <input type="checkbox"/> Dễ Phân Tâm | <input type="checkbox"/> Cần Hướng Dẫn Bằng Chữ hoặc Lời Nói |
| <input type="checkbox"/> Dễ Bị Người Khác Lợi Dụng | <input type="checkbox"/> Lo Âu |
| <input type="checkbox"/> Khó Nhìn | <input type="checkbox"/> Cần Nghe Giọng Nói |
| <input type="checkbox"/> Hành Vi Không Phù Hợp | |

Vui lòng giải thích: _____

4. Quý khách có từng bị **Động Kinh** không? Có Không Nếu có, vui lòng đánh dấu tất cả đáp án phù hợp và giải thích:

Con Lớn Con Nhỏ Thùy Thái Dương Co giật

Vui lòng giải thích: _____

5. Khi bị động kinh, tôi: Vui lòng đánh dấu tất cả đáp án phù hợp:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Khó Tỉnh Giấc | <input type="checkbox"/> Cần Chăm Sóc Y Tế Ngay Lập Tức |
| <input type="checkbox"/> Thoáng Ngất | <input type="checkbox"/> Buồn Ngủ |
| <input type="checkbox"/> Nhìn Vô Thức Vào Khoảng Không | |

Vui lòng giải thích: _____

6. Tình trạng này xảy ra có thường xuyên không? _____

7. Quý khách có đang uống thuốc để kiểm soát tình trạng này? Có Không

8. Quý khách có **Khuyết Tật Thị Giác** không (bao gồm cả Mù)? Có Không
 Hãy đánh dấu tất cả phương án phù hợp và giải thích chi tiết:
 Tôi đeo kính áp tròng hoặc kính bình thường.
 Tôi có thể nhận ra điểm dừng của mình khi có thông báo.
 Tôi bị mù hoàn toàn và không thể xác định điểm dừng, điểm trả khách phù hợp cũng như lộ trình cho chuyến đi tới điểm đến của mình. Tôi không sử dụng chó dẫn đường hay vật nuôi hỗ trợ người khuyết tật khác, hay bất kỳ thiết bị hỗ trợ nào.
 Tôi sử dụng chó dẫn đường hay vật nuôi hỗ trợ người khuyết tật để tới điểm đến mà tôi không thể tự mình tới đó an toàn.
 Tôi có thể dễ dàng nghe và nhận ra âm thanh trong môi trường để giúp tôi xác định tình trạng giao thông.
 Tôi không thể dễ dàng nghe thấy âm thanh trong môi trường giúp tôi xác định được tình trạng giao thông.
 Tôi luôn không băng qua đường trước khi đèn giao thông đổi màu.
 Tôi yêu cầu hướng dẫn trực quan để giúp tôi với các nhiệm vụ sau:

9. Quý khách có **Khuyết tật Tâm Thần/Tâm Lý** không? Có Không Nếu có, hãy nêu tên của khuyết tật và tác động của khuyết tật đó tới quý khách. _____

10. Quý khách có khuyết tật thể chất hoặc tâm thần nào ảnh hưởng đến **KHẢ NĂNG VẬN ĐỘNG THỂ CHẤT** của quý khách trong việc di chuyển bằng dịch vụ xe bus (lớn) có sẵn, hoạt động theo tuyến cố định, thường xuyên không? (Ví dụ: khó khăn trong việc đi đến điểm xe bus, chờ đúng xe bus tại điểm xe bus, lên xe bus, biết khi nào đến điểm dừng và thông báo cho tài xế rằng quý khách cần xuống xe.) Có Không Nếu có, hãy giải thích. _____

11. Quý khách có thể đợi 30 phút tại một điểm xe bus GCT **KHÔNG** có ghé hay chỗ chờ xe bus không? Có Không Nếu không, hãy giải thích. _____

12. Quý khách có thể đợi 30 phút tại một điểm xe bus GCT **CÓ** ghé hay chỗ chờ xe bus không? Có Không Nếu không, hãy giải thích. _____

13. Quý khách có thể đợi 30 phút tại một điểm xe bus GCT mà không được giúp đỡ không? Có Không Nếu không, hãy giải thích. _____

14. Quý khách có thể đi bộ được bao xa mà không cần sự giúp đỡ của người khác?

Độ dài của một sân bóng đá (300 ft)? Có Không

Một vòng quanh đường chạy 1/4 dặm? Có Không

Hai vòng quanh đường chạy 1/4 dặm? Có Không

Ba vòng quanh đường chạy 1/4 dặm? Có Không

Quý khách có thể đi bộ với các bước dài 12-14

inch mà không được giúp đỡ không?

Có Không

Nếu không được giúp đỡ, quý khách có thể nắm

tay vịn để tự chống đỡ bản thân không?

Có Không

15. Quý khách có cần đi bộ trên máy nâng của xe bus và nắm tay vịn để lên/xuống xe bus không?
Có Không

16. Quý khách có sử dụng thiết bị di chuyển để đi lại không? Có Không Hãy đánh dấu tất cả phương án phù hợp.

_____ Gậy Trắng

_____ Gậy Chính Hình (để ba hoặc bốn ngạnh)

_____ Xe Lăn Đẩy Bằng Tay

_____ Khung Tập Đi

_____ Nẹp Chân

_____ Nạng

_____ Gậy Tiêu Chuẩn

_____ Xe Lăn Có Động Cơ

_____ Scooter

17. Chiều cao/chiều rộng của xe lăn/scooter khi không có người ngồi?

Chiều cao _____ Chiều rộng _____

18. Trọng lượng của xe lăn/scooter khi quý khách ngồi trên xe? _____

19. Quý khách có cần sử dụng vật nuôi hỗ trợ người khuyết tật không? Có Không Nếu có, quý khách sử dụng loại động vật nào? _____

20. Vật nuôi đó hỗ trợ quý khách trong những việc gì? _____

21. Quý khách có di chuyển cùng với thiết bị y tế xách tay không? Có Không Nếu có, quý khách sử dụng thiết bị y tế xách tay nào? _____

22. Quý khách có yêu cầu người chăm sóc cá nhân (PCA) đi cùng để hỗ trợ quý khách di chuyển không? Có Không Nếu có, hãy giải thích những trợ giúp cụ thể mà quý khách cần. _____

23. Nếu quý khách không cần người chăm sóc cá nhân hỗ trợ để di chuyển bằng xe bus, quý khách có cần gặp người chăm sóc khi xuống xe bus không? Có Không

24. Nếu xe bus tới điểm đến của quý khách và người chăm sóc không ở đó để hỗ trợ quý khách xuống xe bus, chúng tôi nên liên lạc với ai? Tên: _____

Số điện thoại: _____

Vui lòng lưu ý: Nếu số liên lạc không có ai trả lời, hoặc nếu số điện thoại bị ngắt kết nối, chúng tôi sẽ gọi cho DFC/911 để chăm sóc hành khách.

25. Có tình huống nào trong đó người chăm sóc của quý khách không cần đón xe bus không?
 Có Không Nếu có, hãy giải thích. _____
26. Quý khách có cần hỗ trợ để nhận biết điểm dừng của mình không? Có Không Nếu có, hãy giải thích. _____
27. Quý khách có sử dụng phương tiện giao tiếp để giao tiếp với người khác không, ví dụ như tài xế?
 Có Không Hãy đánh dấu tất cả phương án phù hợp.
 _____ Bảng Chữ _____ Thẻ ID Tuyến Đường
 _____ Bảng Hình Ảnh _____ Hình Thức Giao Tiếp Tăng Cường Khách
 Vui lòng giải thích: _____
28. Quý khách có cần sử dụng một định dạng khác cho Hướng Dẫn Cho Hành Khách, lịch trình Tuyến Cố Định hay thư tín không? Có Không Vui lòng đánh dấu định dạng mà quý khách muốn sử dụng? **Chỉ đánh dấu một định dạng:**
 _____ CD _____ Braille _____ Bản in lớn
 _____ Bảng âm thanh _____ Email
29. Hiện quý khách di chuyển bằng cách nào? Hãy đánh dấu tất cả các phương án phù hợp.
 _____ Xe lăn/scooter _____ Điều khiển xe lăn của tôi
 _____ Đi bộ _____ Được hỗ trợ đẩy xe lăn bởi vật nuôi hỗ trợ người khuyết tật
 _____ Tự lái _____ Có thiết bị hỗ trợ xe lăn hoặc người chăm sóc trợ giúp sử dụng xe lăn
 _____ Hành khách trong xe của người khác _____ Hiện không có phương tiện đi lại
 _____ Dịch vụ bằng xe van khác
 _____ Dịch vụ xe bus (lớn) có sẵn, hoạt động theo tuyến cố định, thường xuyên
30. Quý khách có từng sử dụng dịch vụ xe bus (lớn) có sẵn, hoạt động theo tuyến cố định, thường xuyên không? Có Không Nếu có, lần cuối cùng mà quý khách sử dụng dịch vụ xe bus (lớn) có sẵn, hoạt động theo tuyến cố định, thường xuyên là khi nào?

31. Tại sao quý khách dừng sử dụng dịch vụ xe bus (lớn) có sẵn, hoạt động theo tuyến cố định, thường xuyên?

32. Quý khách có thể sử dụng dịch vụ xe bus (lớn) có sẵn, hoạt động theo tuyến cố định, thường xuyên nếu được đào tạo di chuyển không? Có Không
33. Quý khách có từng được đào tạo về cách sử dụng hệ thống xe bus của GCT không?
 Có Không Nếu có, hãy giải thích. _____

34. Ai là người đào tạo quý khách sử dụng hệ thống xe bus của GCT? _____
35. Quý khách có từng được đào tạo sử dụng bất kỳ loại hệ thống xe bus công cộng nào không?
Có Không
36. Quý khách có cảm thấy mình có thể sử dụng xe bus (lớn) có sẵn, hoạt động theo tuyến cố định, thường xuyên nếu dịch vụ vận tải cho người khuyết tật đưa quý khách đến điểm dừng dịch vụ xe bus (lớn) có sẵn, hoạt động theo tuyến cố định, thường xuyên không? Có Không Nếu không, hãy giải thích khuyết tật của quý khách hạn chế việc này như thế nào. _____

37. Quý khách có cảm thấy mình có thể sử dụng xe bus (lớn) có sẵn, hoạt động theo tuyến cố định, thường xuyên nếu chuyến đi của quý khách bao gồm di chuyển bằng xe bus (lớn) có sẵn, hoạt động theo tuyến cố định, thường xuyên, xuống tại điểm dừng xe bus và xe đưa đón người khuyết tật đón quý khách tại điểm dừng xe bus, sau đó phục vụ quý khách trong phần còn lại của chuyến đi không? Có Không Nếu không, hãy giải thích tại sao. _____

38. Hãy đánh dấu tất cả phương pháp phù hợp với quý khách:

- _____ Tôi có thể lên, đi và xuống xe từ xe bus (lớn) có sẵn, hoạt động theo tuyến cố định, thường xuyên.
- _____ Tôi cần hỗ trợ để hiểu và xác định tuyến của hệ thống tuyến cố định.
- _____ Tôi có thể đứng trên xe bus đang di chuyển, nắm thanh vịn, nếu không có ghế.
- _____ Tôi không có đủ thể lực để di chuyển khoảng cách xa.
- _____ Tôi có thể sử dụng điện thoại để nhận thông tin về lịch trình xe bus.
- _____ Tôi có thể tìm đường đến điểm dừng xe bus sau khi được xem điểm dừng đó nằm ở đâu.
- _____ Tôi có thể nghe và hiểu hệ thống thông báo địa điểm tự động trên xe bus.

Hãy giải thích những mục được đánh dấu bên trên. _____

Theo hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin mà tôi đã cung cấp trong đơn đăng ký này đều được ghi lại đúng sự thật. Tôi đã xem lại tất cả các câu trả lời và xác nhận thông tin là hoàn chỉnh và chính xác. Tôi hiểu rằng cố ý cung cấp thông tin không đúng hoặc sai lệch sẽ là cơ sở cho việc từ chối dịch vụ.

Chữ ký của người đăng ký, người đại diện hoặc người giám hộ

Ngày: _____

ĐƠN ĐỒNG Ý TIẾT LỘ & CÔNG KHAI THÔNG TIN Y TẾ CỦA BỆNH NHÂN

Đơn Đồng Ý Tiết Lộ Thông Tin Y Tế này dành cho:

*(HÃY CUNG CẤP **THÔNG TIN HOÀN CHÍNH VỀ CHUYÊN GIA Y TẾ** SẼ XÁC MINH THÔNG TIN ĐĂNG KÝ CỦA QUÝ KHÁCH)*

TÊN CỦA CHUYÊN GIA CÓ GIẤY PHÉP/CHỨNG CHỈ HÀNH NGHỀ (xem danh sách dưới đây):

ĐỊA CHỈ: _____

THÀNH PHỐ: _____ TIỂU BANG: _____ ZIP: _____

SĐT: (____) _____ SỐ FAX: (____) _____

Tôi, người có chữ ký dưới đây, đồng ý tiết lộ và công khai thông tin y tế phù hợp cho Dịch Vụ Vận Tải Cho Người Khuyết Tật GCT theo yêu cầu của Phần B trong đơn đăng ký này cho mục đích duy nhất là xác minh sự hội đủ điều kiện sử dụng dịch vụ vận tải cho người khuyết tật theo quy định của ADA. Tôi hiểu rằng thông tin này sẽ chỉ được chia sẻ với những người ra quyết định liên quan đến khả năng hội đủ điều kiện sử dụng dịch vụ vận tải cho người khuyết tật của tôi và với những nhà cung cấp dịch vụ vận tải khác cần thông tin đó để sắp xếp dịch vụ.

Tôi đã đọc tài liệu này cẩn thận và hiểu rằng tôi có quyền thu hồi các văn bản tiết lộ thông tin, ngoại trừ thông tin đã được tiết lộ từ trước theo ủy quyền này.

Chữ ký của người đăng ký, người đại diện hoặc người giám hộ

Ngày

Người làm chứng

Ngày

Xin lưu ý:

Dưới đây là danh sách các Chuyên Gia Có Giấy Phép/Chứng Chỉ được ủy quyền hoàn thành Phần B.

Bác sĩ, y tá đã đăng ký hành nghề, nhân viên xã hội, chuyên gia tâm lý, chuyên gia trị liệu tâm lý, chuyên gia trị liệu bệnh nghề nghiệp, bác sĩ nắn xương, chuyên gia trị liệu bệnh về khả năng nói, giáo viên giáo dục đặc biệt, y tá, phụ tá bác sĩ, tư vấn tâm lý, chuyên gia vận động/định hướng, chuyên gia trị liệu hô hấp, tư vấn phục hồi nghề nghiệp hoặc chuyên gia trị liệu bằng liệu pháp giải trí là nhân viên của một cơ sở y tế.

Nếu có ai đó ngoài người đăng ký hoàn thành đơn đăng ký/ủy quyền này, người đó phải hoàn thành phần sau:

Tên _____

Mối quan hệ _____

Địa chỉ _____

SĐT Nhà riêng _____

SĐT Nơi làm việc _____

TDD/TTY _____

Tôi xác nhận, theo hiểu biết tốt nhất của mình, thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này là hoàn chỉnh và chính xác dựa trên thông tin mà người đăng ký cung cấp cho tôi hoặc hiểu biết của chính tôi về khuyết tật hoặc điều kiện sức khỏe của người đăng ký.

Chữ ký _____ Ngày _____

<p>FOR GCT OFFICE USE ONLY:</p> <p>APPROVED _____ CONDITIONAL _____ UNCONDITIONAL _____</p> <p>CODE (S) _____</p> <p>DENIED _____</p> <p>LIST SPECIFIC REASON FOR DENIAL THAT WILL BE STATED ON THE DENIAL LETTER</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>SIGNED _____ DATED _____</p>



PHẦN B: ĐƯỢC HOÀN THÀNH BỞI CHUYÊN GIA CÓ GIẤY PHÉP/CHỨNG CHỈ HÀNH NGHỀ HIỆN TẠI

Nếu quý khách có bất kỳ câu hỏi nào về đăng ký này, hãy liên lạc Văn Phòng Ghi Danh/Chứng Nhận Dịch Vụ Vận Tải Cho Người Khuyết Tật qua số điện thoại 770.822.5010 và "bấm phím 3".

Người có tên trong đơn đăng ký đăng ký Dịch Vụ Vận Tải Cho Người Khuyết Tật Miễn Phí ADA của Sở Vận Tải Gwinnett (GCT). Để xác định người đăng ký trên có hội đủ điều kiện hay không, chúng tôi cần hỏi chuyên gia có giấy phép/chứng chỉ hành nghề của người đăng ký một vài câu hỏi về khả năng vận động thể chất của họ.

KHUYẾT TẬT KHÔNG TỰ ĐỘNG KHIẾN NGƯỜI MANG KHUYẾT TẬT ĐÓ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN SỬ DỤNG DỊCH VỤ VẬN TẢI CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT. TẤT CẢ NGƯỜI CAO TUỔI VÀ NGƯỜI KHUYẾT TẬT ĐỀU HOÀN TOÀN ĐƯỢC SỬ DỤNG XE BUS ĐƯA ĐÓN THEO TUYẾN CỐ ĐỊNH CỦA GCT. Hội đủ điều kiện sử dụng dịch vụ Vận Tải Cho Người Khuyết Tật Miễn Phí theo quy định của ADA được xác định dựa trên các hạn chế của khuyết tật của cá nhân, chứ không dựa trên việc có khuyết tật. **Yếu tố để xác định một người có hội đủ điều kiện sử dụng Dịch Vụ Vận Tải Cho Người Khuyết Tật Miễn Phí theo quy định của ADA hay không đó là liệu người đó có khả năng vận động thể chất để đi đến và di chuyển bằng dịch vụ xe bus có sẵn, hoạt động theo tuyến cố định không.** Đây không phải là quyết định về mặt y học; mà là phân tích năng lực vận động thể chất. Một khuyết tật khiến việc đi lại trở nên khó khăn hơn nhưng không có nghĩa là khuyết tật này khiến người mang khuyết tật hội đủ điều kiện.

Để đẩy nhanh quá trình xử lý đơn đăng ký này, GCT yêu cầu quý khách điền và gửi lại Phần B của đơn đăng ký trong vòng 3 ngày làm việc kể từ ngày văn phòng của quý khách nhận được đơn đến số fax 770.246.4780.

Phần này **PHẢI** được hoàn thành bởi một trong các Chuyên Gia Có Giấy Phép/Chứng Chỉ Hành Nghề hiện tại như sau:

Bác sĩ, y tá đã đăng ký hành nghề, nhân viên xã hội, chuyên gia tâm lý, chuyên gia trị liệu tâm lý, chuyên gia trị liệu bệnh nghề nghiệp, bác sĩ nắn xương, chuyên gia trị liệu bệnh về khả năng nói, giáo viên giáo dục đặc biệt, y tá, phụ tá bác sĩ, tư vấn tâm lý, chuyên gia vận động/định hướng, chuyên gia trị liệu hô hấp, tư vấn phục hồi nghề nghiệp hoặc chuyên gia trị liệu bằng liệu pháp giải trí là nhân viên của một cơ sở y tế.

Xin cảm ơn sự hỗ trợ của quý khách,

Quản Lý Dịch Vụ Vận Tải Cho Người Khuyết Tật

**ĐĂNG KÝ DỊCH VỤ VẬN TẢI CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT GCT
PHẦN B: ĐƯỢC ĐIỀN BỞI CHUYÊN GIA CÓ GIẤY PHÉP/CHỨNG CHỈ HÀNH NGHỀ**

Tên Người Đăng Ký: _____ Ngày sinh _____

Ngày cuối cùng người đăng ký đến khám hoặc có tương tác với quý vị _____

Hãy điền thông tin được yêu cầu.

Liệt kê Tên Y Học của Khuyết Tật hoặc Tình Trạng Y Tế của quý khách	Đây là Tình Trạng Vĩnh Viễn?	Thời Gian Tồn Tại Tình Trạng	Thuốc điều trị Tình Trạng
	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		
	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		
	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		
	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		
	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		

- Hãy thảo luận về tác động của khuyết tật này đối với **khả năng vận động thể chất** để sử dụng xe bus (lớn) hoạt động theo tuyến cố định, thường xuyên của GCT của người đăng ký. _____

- Nếu đây là khuyết tật tạm thời, khi nào người đăng ký có thể khôi phục việc đi lại bình thường? Hãy ghi ngày thực tế _____

- Trong tình huống nào khuyết tật trở nên nặng hơn? _____

- Người đăng ký có khả năng về tâm thần, thị lực và/hoặc thính lực để:
Cung cấp địa chỉ và số điện thoại không? _____
Nhận ra điểm đến hay địa danh không? _____
Xử lý với sự thay đổi đột ngột trong lịch trình không? _____
Hỏi để hiểu và làm theo hướng dẫn chỉ đường không? _____
Di chuyển an toàn/hiệu quả thông qua các khu phức hợp/đám đông không?
- GCT có cần chú ý đến những tình trạng y tế nào khác không? Có Không Nếu có, hãy giải thích. _____

6. Người đăng ký có thể đi bộ bao xa mà không cần sự hỗ trợ của người khác? **Hãy đánh dấu một đáp án.**

Độ dài của một sân bóng đá? (300ft) Có Không

Một vòng quanh đường chạy 1/4 dặm? (1320ft) Có Không

Hai vòng quanh đường chạy 1/4 dặm? (2640ft) Có Không

Ba vòng quanh đường chạy 1/4 dặm? (3960ft) Có Không

Có khả năng đi các bước 12-14 inch mà không cần hỗ trợ? Có Không

7. Người đăng ký có thể đi bộ các bước 12-14 inch mà không cần hỗ trợ không? Có Không

8. Người đăng ký có sử dụng thiết bị di chuyển để đi lại không? Có Không **Hãy đánh dấu tất cả phương án phù hợp:**

_____ Gậy Trắng

_____ Gậy Chính Hình (để ba hoặc bốn ngạnh)

_____ Xe Lăn Đẩy Bằng Tay

_____ Gậy Tiêu Chuẩn

_____ Khung Đi Bộ

_____ Nẹp Chân

_____ Nạng

_____ Xe Lăn Có Động Cơ

_____ Scooter

9. Trọng lượng xe lăn/scooter của người đăng ký **khi có người ngồi** có nặng từ 600 pound trở lên không? Có Không Nếu có, thiết bị khi có người ngồi này có trọng lượng bao nhiêu?

10. Người đăng ký có nặng hơn 600 pound không? Có Không

11. Người đăng ký có yêu cầu sử dụng vật nuôi hỗ trợ người khuyết tật không? Có Không Nếu có, họ sử dụng loại vật nuôi nào và vật nuôi đó được đào tạo để thực hiện công việc gì?

12. Tình trạng/khuyết tật của người đăng ký có khiến họ không thể đi đến hoặc di chuyển bằng xe bus (lớn) có sẵn, hoạt động theo tuyến cố định, thường xuyên không? Có Không Nếu có, hãy giải thích. _____

13. Thời tiết có tác động đến khả năng đi lại của người đăng ký không? Có Không Nếu có, hãy giải thích. _____

14. Người đăng ký có yêu cầu người chăm sóc cá nhân (PCA) đi cùng không? Có Không Nếu có, hãy giải thích _____

15. Người đăng ký có cần người chăm sóc không? Có Không

Xác nhận này được hoàn thành bởi:

Tên **viết in** của chuyên gia xác nhận

Chức vụ _____

Địa chỉ _____

Thành phố _____ Tiểu bang _____ Zip _____

SĐT Văn phòng () _____ Fax () _____

Địa chỉ Email _____

Giấy phép/Chứng chỉ số _____

Tổ chức nào cấp Giấy Phép cho quý vị? _____

Chữ ký _____ Ngày ký _____

HÃY GỬI LẠI ĐẾN SỐ FAX 770.246.4780.