

# **Đơn Tái Chứng Nhận Vận Chuyển Cho Người Khuyết Tật** **(Paratransit)**

Chứng nhận Vận Chuyển Cho Người Khuyết Tật (Paratransit) của Quận Gwinnett của bạn đã hết hạn hoặc sẽ hết hạn trong năm nay. Tất cả các khách hàng của Vận Chuyển Cho Người Khuyết Tật (Paratransit) của Quận Gwinnett (Gwinnett County Transit Paratransit) phải nộp đơn xin tái chứng nhận mỗi ba năm hoặc bất cứ khi nào chứng nhận hết hạn (nghĩa là - tình trạng khuyết tật tạm thời). Để tránh gián đoạn dịch vụ, bạn phải nộp Đơn Tái Chứng Nhận hoàn chỉnh, bao gồm Phần B (Giấy Phép / Mẫu Chuyên Nghiệp Được Chứng Nhận) trong vòng 30 ngày kể từ ngày hết hạn. Các đơn không đầy đủ sẽ không được xử lý. Đánh giá trực tiếp sẽ không yêu cầu trừ khi tình trạng y tế của bạn đã thay đổi.

Đơn Tái Chứng Nhận cũng có sẵn chữ khổ lớn theo yêu cầu. Đơn phải được viết hoặc in rõ ràng, nếu không có thể dẫn đến việc chậm xử lý.

## **Các Hướng Dẫn Để Hoàn Thành Đơn Tái Chứng Nhận Của Bạn**

1. Bạn có thể tự điền đơn này hoặc nhận trợ giúp từ bất kỳ ai quen thuộc với bạn hoặc với tình trạng của bạn. Khi hoàn thành đơn này, xin lưu ý, bạn có thể cung cấp càng nhiều chi tiết của bạn càng tốt, bạn sẽ giúp GCT đưa ra quyết định phù hợp nhất về nhu cầu vận chuyển của bạn. Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi hoặc cần hỗ trợ trong việc hoàn thành đơn này, vui lòng gọi cho Gwinnett County Transit Paratransit theo số 770-246-4770; Lựa chọn số 2.
2. Bạn cần phải hoàn thành Phần B (Giấy Phép / Mẫu Chuyên Nghiệp Được Chứng Nhận) bởi chuyên gia chăm sóc sức khỏe để cung cấp xác minh tình trạng khuyết tật của bạn và ảnh hưởng của nó đến khả năng sử dụng hệ thống xe buýt thông thường của GCT. Một số ví dụ về các chuyên gia chăm sóc sức khỏe có thể chứng nhận đơn của bạn bao gồm:  
Nhân viên Xã Hội Y Học Thực Hành (Clinical Social Worker), Chuyên Gia Sống Độc Lập (Independent Living Specialist), Chuyên Gia Trị Liệu Nghề Nghiệp (Occupational Therapist), Bác Sĩ Trị Liệu (Physiatrist), Chuyên Gia Vật Lý Trị Liệu (Physical Therapist), Chuyên Gia Phục Hồi Chức Năng (Rehabilitation Specialist), Chuyên Gia Thính Học (Audiologist), Bác Sĩ Nhãn Khoa (Ophthalmologist), Bác Sĩ Nhà Tâm Lý Học (Psychologist), Y Tá Đã Được Xác Nhận hoặc Chuyên Gia Vận Động / Huấn Luyện Viên (Registered Nurse or Mobility Specialist/Instructor), v.v.
3. Sau khi đơn hoàn tất, bao gồm cả Mẫu Chuyên Nghiệp Được Cấp Phép / Được Chứng Nhận, bạn có thể gửi fax đơn ghi danh đến văn phòng Gwinnett County Transit Paratransit tại 770- 300-9419 hoặc gửi đơn ghi danh tới:

**Gwinnett County Transit Paratransit Department**

3525 Mall Boulevard, Suite 5-C

Duluth, GA 30096

4. Đơn của bạn sẽ được xem xét và xác định đủ điều kiện sẽ được thực hiện trong vòng hai mươi mốt (21) ngày kể từ khi nhận được đơn hoàn chỉnh, phỏng vấn trực tiếp và đánh giá chức năng, nếu cần. Bạn sẽ nhận được một lá thư về việc bạn có đủ điều kiện để tiếp tục dịch vụ hay không. Đánh giá này sẽ dựa trên khả năng sử dụng dịch vụ xe buýt thông thường của bạn. Nhân viên đánh giá có thể yêu cầu thêm thông tin từ bạn hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe của bạn. Xin lưu ý rằng xác minh cung cấp từ một chuyên gia chăm sóc sức khỏe không tự động làm cho bạn đủ điều kiện sử dụng dịch vụ Vận Chuyển Cho Người Khuyết Tật (Paratransit). Dựa trên đánh giá trực tiếp của bạn, bạn có thể:

- **Đủ Điều Kiện:** Đủ điều kiện cho tất cả các nhu cầu đi lại của bạn trong khu vực dịch vụ của GCT Paratransit (3/4 dặm trong dịch vụ tuyến cố định).
- **Có Điều Kiện Đủ Điều Kiện:** Đủ điều kiện cho một số chuyến đi trên GCT Vận Chuyển Cho Người Khuyết Tật (Paratransit) tùy thuộc vào bản chất khuyết tật của bạn.
- **Không Đủ Điều Kiện:** Không đủ điều kiện cho Vận Chuyển Cho Người Khuyết Tật (Paratransit)

Nếu bạn đã cho biết không đủ điều kiện cho các dịch vụ GCT Paratransit và bạn không đồng ý với quyết định này, bạn có thể kháng cáo quyết định. Thông tin về quy trình kháng cáo sẽ được gửi cho bạn cùng với thư xác định đủ điều kiện của bạn.

# Đơn Chứng Nhận Paratransit Của Quận Gwinnett

Hôm nay ngày: \_\_\_\_\_

## Phần 1

### THÔNG TIN CÁ NHÂN / LIÊN LẠC

Tên họ \_\_\_\_\_ Tên \_\_\_\_\_ Chữ đầu tên đệm \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Nam  Nữ

Địa chỉ đường phố \_\_\_\_\_

Chung cư #: \_\_\_\_\_ Tòa nhà #: \_\_\_\_\_ Mã cổng #: \_\_\_\_\_

Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã bưu chính \_\_\_\_\_

Điện thoại nhà: \_\_\_\_\_ Điện thoại di động: \_\_\_\_\_

Điện thoại làm việc: \_\_\_\_\_

Địa chỉ email: \_\_\_\_\_

Địa chỉ gửi thư (nếu khác địa chỉ nhà):

Địa chỉ đường phố: \_\_\_\_\_

Chung cư #: \_\_\_\_\_ Tòa nhà #: \_\_\_\_\_ Mã cổng #: \_\_\_\_\_

Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã bưu chính \_\_\_\_\_

Ngôn ngữ chính:  Tiếng Anh  Tây Ban Nha  Hàn Quốc  Việt Nam  Trung Quốc

Ngôn ngữ khác (ghi rõ): \_\_\_\_\_

## THÔNG TIN LIÊN LẠC KHẨN CẤP

Tên liên lạc khẩn cấp: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ: \_\_\_\_\_

Điện thoại nhà: \_\_\_\_\_ Điện thoại di động: \_\_\_\_\_

Điện thoại làm việc: \_\_\_\_\_

Có ai giúp bạn điền đơn này không?  Có  Không

Chúng tôi có thể được liên lạc với người này nếu cần thêm thông tin?  Có  Không

Nếu có, Tên: \_\_\_\_\_ Mối quan hệ: \_\_\_\_\_

Số điện thoại: \_\_\_\_\_

Vui lòng liệt kê bất kỳ thay đổi nào đối với tình trạng sức khỏe hoặc tình trạng y tế của bạn chưa được liệt kê trước đây:

---

---

---

Vui lòng thông báo cho GCT về bất kỳ thay đổi nào đối với các thiết bị hỗ trợ sức khỏe hoặc di chuyển của bạn để chúng tôi có thể cung cấp phương tiện phù hợp với đáp ứng nhu cầu của bạn.

Bạn có cần sự giúp đỡ của Nhân Viên Chăm Sóc Cá Nhân (PCA: Personal Care Attendant) không?

Có  Không

*PCA là người đi cùng bạn để hỗ trợ bạn thực hiện các chức năng trong cuộc sống hàng ngày.*

*Vui lòng LƯU Ý: Chúng tôi có thể yêu cầu bạn di chuyển với một PCA nếu tình trạng hoặc khuyết tật của bạn nghiêm trọng.*

**THÔNG TIN SAU ĐÂY ĐƯỢC SỬ DỤNG ĐỂ BẢO ĐẢM LOẠI XE CUNG CẤP PHÙ HỢP NHU CẦU VẬN CHUYỂN CỦA BẠN.**

Nếu có, trong số các phương tiện thiết bị di chuyển sau đây bạn sử dụng loại nào? (Đánh dấu tất cả những gì áp dụng).

- Xe Lăn  Xe Lăn Tự Động  Xe Tay Ga (Powered Scooter)  Ôxy  Cây gậy
- Nạng  Khung Tập Đi (Walker)  Niềng Chân (Leg Brace)
- Gậy cho người mù hoặc khiếm thị (White cane)  Hướng Dẫn / Dịch Vụ Động Vật

## CHỨNG NHẬN ĐƠN

(NGƯỜI LÀM ĐƠN SẼ HOÀN THÀNH)

Tôi xác nhận rằng, theo hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin được cung cấp trong đơn này là chính xác. Tôi hiểu rằng đơn này sẽ được trả lại nếu nó không hoàn thành. Tôi hiểu thêm rằng kết quả của đánh giá này sẽ dựa trên khả năng sử dụng phương tiện giao thông xe buýt (GCT) thông thường của tôi và có thể yêu cầu thêm thông tin từ tôi, như điện thoại hoặc phỏng vấn cá nhân, hoặc tư vấn thêm từ bác sĩ hoặc chuyên gia khác. Tôi đồng ý thông báo cho Paratransit của quận Gwinnett nếu tôi không còn yêu cầu dịch vụ vì bất kỳ lý do gì, bao gồm cả sự thay đổi trong khả năng sử dụng dịch vụ xe buýt của tôi. Tôi cũng hiểu rằng việc không tuân thủ các chính sách và quy trình sử dụng Paratransit GCT có thể bị đình chỉ hoặc thu hồi điều kiện của tôi để tham gia chương trình này.



Chữ ký người làm đơn: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_

Nếu ai đó không phải là người nộp đơn mà là người hoàn thành đơn này, phải cung cấp các thông tin như sau:

Tên của người hoàn thành đơn: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với người nộp đơn: \_\_\_\_\_

Số điện thoại ban ngày: \_\_\_\_\_

## CHỨNG NHẬN ĐƠN

(NGƯỜI LÀM ĐƠN SẼ HOÀN THÀNH)

Tôi cho phép chuyên gia được cấp phép sau đây có thể xác minh tình trạng khuyết tật hoặc tình trạng sức khỏe của tôi, để tiết lộ thông tin này cho cơ quan vận chuyển công cộng địa phương. Thông tin này sẽ chỉ được sử dụng để xác minh tính đủ điều kiện của tôi cho các dịch vụ Paratransit. Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận một bản sao của ủy quyền này và tôi có thể thu hồi nó bất cứ lúc nào.

Tên của Chuyên Gia có thể tiết lộ thông tin y tế của tôi: \_\_\_\_\_

Địa chỉ đường phố: \_\_\_\_\_

Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã bưu chính \_\_\_\_\_



Chữ ký người làm đơn: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_

Nhân viên Xã Hội Y Học Thực Hành (Clinical Social Worker), Chuyên Gia Sống Độc Lập (Independent Living Specialist), Chuyên Gia Trị Liệu Nghề Nghiệp (Occupational Therapist), Bác Sĩ Trị Liệu (Physiatrist), Chuyên Gia Vật Lý Trị Liệu (Physical Therapist), Chuyên Gia Phục Hồi Chức Năng (Rehabilitation Specialist), Chuyên Gia Thính Học

(Audiologist), Bác Sĩ Nhân Khoa (Ophthalmologist), Bác Sĩ, Nhà Tâm Lý Học (Psychologist), Y Tá Đã Được Xác Nhận hoặc Chuyên Gia Vận Động / Huấn Luyện Viên (Registered Nurse or Mobility Specialist/Instructor)

## Phần 2

### CHUYÊN NGHIỆP CHỨNG NHẬN

Người nộp đơn đang ghi danh để nhận dịch vụ Vận Chuyển Cho Người Khuyết Tật (Paratransit) của Quận Gwinnett (Gwinnett County Transit Paratransit) đã yêu cầu bạn xem lại thông tin trong đơn và ký vào mẫu đơn này. Vui lòng đọc kỹ các thông tin sau vì nó có thể ảnh hưởng đến phản hồi của bạn.

#### Ai đủ điều kiện cho Paratransit?

Dịch vụ Vận Chuyển Cho Người Khuyết Tật (Paratransit) được thiết kế để chỉ phục vụ những người bị khuyết tật nghiêm trọng, ngăn ngừa họ sử dụng phương tiện giao thông công cộng. Theo Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật (Americans with Disability Act (ADA)), chỉ khuyết tật không sẽ không đủ điều kiện để một người sử dụng Paratransit. Một người phải **KHÔNG CÓ CHỨC NĂNG** sử dụng dịch vụ thông thường Vận Chuyển của Quận Gwinnett. Dịch vụ được cung cấp cho ba nhóm người khuyết tật nói chung sau đây:

1. Những người bị suy giảm cụ thể - các điều kiện liên quan **NGĂN CẢN** sử dụng dịch vụ vận chuyển thông thường - không chỉ gây khó khăn cho việc di chuyển đến hoặc từ trạm xe buýt.
2. Những người cần thang máy cho xe lăn và các xe buýt được trang bị cho xe lăn không có sẵn trên tuyến đường khi họ cần vận chuyển.
3. Những người không thể lên, đi hoặc ra khỏi xe buýt GCT thông thường, ngay cả khi họ có thể đến trạm xe buýt và xe buýt được trang bị thang máy cho xe lăn.

#### Paratransit là gì?

Chương trình Paratransit Vận Chuyển của Quận Gwinnett là một tài trợ công khai cho dịch vụ Paratransit, hoạt động các xe ven (van) chuyên dùng dành cho người khuyết tật không thể sử dụng xe buýt tuyến đường cố định thông thường. Các phương tiện khác như taxi cũng có thể được sử dụng khi xe ven Paratransit không có sẵn. Paratransit là một dịch vụ đi chung từ cửa đến cửa được vận hành trong Quận Gwinnett kết hợp với các xe buýt tuyến đường cố định.

Vui lòng xem lại thông tin y tế được cung cấp trong đơn, điền vào giấy chứng nhận khi thích hợp và ký vào đơn. Thông tin được cung cấp sẽ giúp chúng tôi phục vụ **CHỈ CHO** những người cần Paratransit nhất.

## CHỨNG NHẬN KHUYẾT TẬT

Tôi (tên của chuyên gia được cấp phép, xem phần ghi chú trên trang trước),

\_\_\_\_\_, chứng nhận  
\_\_\_\_\_ (Tên của Bệnh Nhân)

là một người khuyết tật nặng đã là bệnh nhân của tôi kể từ \_\_\_\_\_ (Ngày)  
và có chẩn đoán là \_\_\_\_\_

Ngày bắt đầu:

Tiền lượng:

Đối với người khuyết tật về nhận thức hoặc tâm thần, vui lòng cung cấp mã DSM-IV:

Nếu chẩn đoán là, rối loạn co giật hoặc khuyết tật tâm thần, tình trạng hiện đang được kiểm soát bằng thuốc?

Đối với người khuyết tật thị giác, vui lòng cung cấp tuyên bố thị lực:

Vui lòng cho biết khả năng cá nhân để thực hiện độc lập các chức năng sau, sử dụng công cụ hỗ trợ di chuyển hiệu quả nhất:

	Một ít hoặc không có khó khăn	Không thoải mái và / hoặc bất tiện	Đau nặng và thêm suy nhược	Không thể thực hiện	Không chắc chắn / Không biết
Vận chuyển độc lập đến và đi từ trạm xe buýt gần nhất lên đến 3/4 dặm, có thể truy cập vỉa hè và dốc nhỏ (small ramp) xây vào lề đường vỉa hè.					

Đợi mười (10) phút khi thời tiết tốt tại trạm xe buýt không có chỗ ngồi hoặc nơi trú ẩn.					
Xác định đúng điểm trạm xe buýt lên và xuống xe.					
Đi lên và xuống ba bậc 10 inch, sử dụng tay vịn nếu cần thiết.					
Lên và xuống xe buýt với một thang máy chở khách hoặc dốc nhỏ.					
Băng qua đường an toàn.					
Bước lên và xuống lề đường từ vỉa hè					
Hiệu quả khi giải quyết vấn đề hoặc phán xét vấn đề an toàn.					
Yêu cầu, hiểu và thực hiện theo hướng dẫn để có một chuyến đi.					
Du lịch ngoài trời khi thời tiết bất lợi (nóng, lạnh, băng, tuyết).					

Có bất kỳ vấn đề nào khác ảnh hưởng đến khả năng cá nhân của bạn khi đi vận chuyển trong cộng đồng một cách độc lập không?

---



---



---

Ký \_\_\_\_\_ vào ngày \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Chữ ký của Chuyên Gia Được Cấp Phép)

\_\_\_\_\_  
(Chuyên Nghiệp)

\_\_\_\_\_  
(Số giấy phép nếu áp dụng)

Địa chỉ đường phố: \_\_\_\_\_

Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã bưu chính \_\_\_\_\_

Số điện thoại: \_\_\_\_\_ Số Fax: \_\_\_\_\_