

إذا لم يكن نموذج الطلب هذا متاحا لك، فهو متاح بتنسيقات بديلة (مثل الطباعة الكبيرة وبرايل).

## معلومات عامة (يرجى طباعتها)

الاسم الأول \_\_\_\_\_ اسم العائلة \_\_\_\_\_ الاسم الوسيط الاولي \_\_\_\_\_  
 عنوان الشارع \_\_\_\_\_ رقم الشقة \_\_\_\_\_  
 العنوان البريدي (إذا كان مختلفا) \_\_\_\_\_  
 مدينة \_\_\_\_\_ مقاطعة \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_  
 الهاتف النهاري \_\_\_\_\_ الهاتف المسائي \_\_\_\_\_ الهاتف النقال \_\_\_\_\_  
 تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة) \_\_\_\_\_ الجنس (مذكر / انثى) \_\_\_\_\_  
 المعلومات المالية (اختياري)

عدد الأشخاص في الأسرة المعيشية \_\_\_\_\_ ما هو دخلك الشهري؟ \_\_\_\_\_

## معلومات الإعاقة والتنقل

ما نوع أو أنواع الإعاقات التي تمنعك من استخدام خدمة حافلات المدينة؟ (تحقق من كل ما ينطبق)

القيود البدنية \_\_\_\_\_ الإعاقة الأخرى \_\_\_\_\_ العمى \_\_\_\_\_  
 التنموي \_\_\_\_\_ رؤية \_\_\_\_\_ مرض عقلي \_\_\_\_\_ لا يوجد \_\_\_\_\_

ما هي صحتك العقلية و / أو إعاقتك الجسدية أو حالتك الصحية ذات الصلة التي تمنعك من استخدام حافلة المدينة؟

---



---

هل تتغير الظروف المذكورة أعلاه من يوم لآخر مما يؤثر على قدرتك على استخدام حافلة المدينة؟

نعم  لا  بعض الاحيان

إذا كانت الإجابة بالإيجاب، يرجى توضيح ما يلي: \_\_\_\_\_

---

إذا كانت هذه إعاقة مؤقتة أو حالة صحية، فكم من الوقت تتوقع أن تمنعك من الاستخدام حافلة المدينة؟  
\_\_\_\_\_ اسابيع \_\_\_\_\_ أشهر

إذا تم تحديد أنك مؤهل عند إكمال هذا النموذج، تفويضك باستخدام خدمة النقل العابر للمدة الزمنية المناسبة.

هل تستخدم أي مساعدات أو معدات للتنقل مدرجة أدناه؟ (تحقق من كل ما ينطبق)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> عصا بيضاء                 | <input type="checkbox"/> كرسي متحرك يعمل بالطاقة |
| <input type="checkbox"/> عصا                       | <input type="checkbox"/> سكوتر 3 عجلات           |
| <input type="checkbox"/> عكازات                    | <input type="checkbox"/> كرسي متحرك يدوي         |
| <input type="checkbox"/> دعامات الساق              | <input type="checkbox"/> المشاية                 |
| <input type="checkbox"/> أعضاء اصطناعية            | <input type="checkbox"/> خدمة الحيوان            |
| <input type="checkbox"/> اوكسجين محمول             | <input type="checkbox"/> لوحة الاتصالات          |
| <input type="checkbox"/> أخرى (يرجى التحديد) _____ |  |

انا لا استخدم أيًا من هذه الوسائل المساعدة على الحركة

ملاحظة: قد لا تتمكن دارت من نقل أداة مساعدة على التنقل تتجاوز معالم "الكرسي المتحرك المشترك" على النحو المنصوص عليه في لوائح ADA، بما في ذلك أداة مساعدة على التنقل (1) أطول من 48 بوصة، أو تقاس 2 بوصة فوق سطح الأرض، أو (2) أوسع من 30 بوصة، أو (3) تزن أكثر من 600 رطل عند شغلها. (49 C.F.R. القسم 37.3 (2001)).

هل سبق لك أن احتجت إلى إحضار شخص آخر معك للمساعدة عند استخدام حافلة المدينة أو خدمات النقل المطلي ("المساعد الشخصي" أو "المضيف الشخصي")؟

- لا  نعم، دائما  نعم، بعض الاحيان

**القدرة على استخدام خدمة حافلات المدينة (تحقق من كل ما ينطبق)**

جميع حافلات المدينة مجهزة بمصعد و / أو منحدر.  
ما هو أفضل وصف لقدرتك على استخدام حافلة المدينة؟ (تحقق من كل ما ينطبق)

- يمكنني الوصول من وإلى محطات الحافلات إذا لم تكن المسافة كبيرة جدا
- لدي إعاقة أو حالة صحية تمنعني من ركوب حافلة المدينة إذا كان الطقس حار جدا أو بارد جدا

\_\_\_\_\_ درجة الحرارة المنخفضة القصوى؟ \_\_\_\_\_ درجة الحرارة العالية القصوى؟

- لدي إعاقة أو حالة صحية تجعل من الصعب أو المستحيل السفر عندما يكون هناك ثلوج
- احتاج إلى مصعد أو منحدر للصعود والنزول من حافلة المدينة
- لا يمكنني الوصول من وإلى محطات الحافلات إلا إذا كانت هناك تخفيضات في الرصيف وارضفة مستوية
- واجه صعوبة في فهم أو تذكر كل الأشياء التي يتعين على القيام بها لاستخدام حافلة المدينة
- يمكنني استخدام حافلة المدينة إذا كان في مكان ما اذهب إليه طوال الوقت

لست متأكدًا حقًا مما إذا كان بإمكانني استخدام حافلة المدينة

أنا غير قادر على استخدام حافلة المدينة لأسباب أخرى. يرجى التوضيح:

---

---

### معلومات إضافية عن قدراتك

بدون مساعدة من شخص آخر يمكنك...

1. طلب وفهم التعليمات المكتوبة أو المنطوقة؟

لست متأكدًا  أبدا  أحيانا  دوما

2. عبور الشارع؟

لست متأكدًا  أبدا  أحيانا  دوما

3. انتظر لمدة 15 دقيقة في محطة حافلات لا تحتوي على مقعد؟

لست متأكدًا  أبدا  أحيانا  دوما

4. هل يمكنك الانتظار لمدة 15 دقيقة أو أكثر إذا كان هناك مقعد / مقعد / مأوى متاح؟

لست متأكدًا  أبدا  أحيانا  دوما

5. اصعد وانطلق من رصيف من الرصيف؟

لست متأكدًا  أبدا  أحيانا  دوما

6. ابحث عن طريقك الخاص إلى محطة الحافلات إذا كان شخص ما يوضح لك الطريق؟

لست متأكدًا  أبدا  أحيانا  دوما

7. قم برحلة تتطلب استخدام حافلتين للمدينة والانتقال من طريق إلى آخر؟

لست متأكدًا  أبدا  أحيانا  دوما

في أفضل الظروف، ما هو أبعد ما يمكنك المشي فيه (أو السفر باستخدام وسائل المساعدة على التنقل) دون مساعدة شخص آخر؟

— أقل من شارع — شارع واحد — شارعين — ٤ شوارع — ٦ شوارع — أكثر من ٦ شوارع — لا أستطيع السفر وحدي على الإطلاق — لست متأكدا من المسافة التي يمكنني السفر إليها

إذا كان التدريب على استخدام حافلة المدينة متاحا، فهل ستشارك؟

نعم

لا

هل هناك أي شيء تريد إضافته حول إعاقتك أو حالتك الصحية قد يساعدنا على فهم قدراتك وقيودك على السفر بشكل أفضل؟

## أين تذهب وكيف تصل إلى هناك الآن

ما مدى قرب محطة الحافلات من منزلك؟

ما مدى قرب محطة الحافلات من منزلك؟

1. أين تذهب؟

عنوان مدينة

كم مرة تذهب إلى هناك؟

كيف تصل إلى هناك الآن؟

ما مدى قرب محطة الحافلات من هذه الوجهة؟

2. أين تذهب؟

عنوان مدينة

كم مرة تذهب إلى هناك؟

كيف تصل إلى هناك؟

ما مدى قرب محطة الحافلات من هذه الوجهة؟

3. أين تذهب؟

عنوان مدينة

كم مرة تذهب إلى هناك؟

كيف تصل إلى هناك؟

ما مدى قرب محطة الحافلات من هذه الوجهة؟

نعم

لا

هل تستخدم حالياً حافلة المدينة؟

ماهي الطرق؟

متى كانت آخر مرة استخدمت فيها حافلات المدينة؟

إذا كنت تستخدم حافلات المدينة في الماضي، ولكنك توقفت عن استخدامها، يرجى توضيح السبب:

اسم ورقم هاتف صديق أو قريب يمكننا الاتصال به في حالة عدم تمكننا من الوصول إليك على رقمك العادي:

الاسم

العلاقة

رقم الهاتف

### معلومات إضافية:

من أجل تقييم طلبك للأهلية، قد يكون من المفيد لنا الاتصال بأخصائي على دراية بحالتك الصحية أو إعاقتك وقدراتك وقيودك الوظيفية. يرجى إدراج واحد أو اثنين من المهنيين الذين قد نتصل بهم إذا كنا بحاجة إلى معلومات إضافية. ومن الأمثلة على المهنيين المؤهلين ما يلي:

مدير الحالة / طبيب العيون / الطبيب النفسي

أخصائي معيشة مستقل / مدرب توجيه / تنقل / أخصائي

أخصائي اجتماعي مرخص / أخصائي علاج طبيعي مسجل/

أخصائي الصحة العقلية / الطبيب (دكتوراه في الطب أو / (D.O. أخصائي إعادة التأهيل/ أخصائي علاج وظيفي)

_____	_____
(اسم المحترف المؤهل)	(اسم المحترف المؤهل)
_____	_____
(نوع من المهنة) (وكالة المحترفين)	(نوع من المهنة) (وكالة المحترفين)
_____	_____
(العنوان)	(العنوان)
_____	_____
(رقم الهاتف)	(رقم الهاتف)

### الإذن بنشر المعلومات

أفوض بموجب هذا المحترف المذكور أعلاه بتقديم معلومات حول إعاقتي وقدراتي على استخدام خدمات الحافلات. أفهم أن هذه المعلومات سيتم استخدامها فقط لغرض تحديد أهليتي للحصول على خدمة النقل العابر وأن جميع المعلومات الطبية حول إعاقتي ستبقى سرية.

التاريخ

(توقيع مقدم الطلب أو الطرف المسؤول)

(هذا التفويض للإفراج عن المعلومات جيد لمدة عام واحد من تاريخ التوقيع.)

## التوقيع

أفهم أن الغرض من هذا النموذج هو تحديد ما إذا كنت مؤهلاً لاستخدام خدمات النقل العابر. أقر بأن المعلومات المقدمة في هذا الطلب صحيحة وصحيحة. أفهم أن تزوير المعلومات يمكن أن يؤدي إلى فقدان خدمات النقل العابر وكذلك عقوبة بموجب القانون.

أوافق على إخطار دارت إذا لم أعد بحاجة إلى استخدام خدمات النقل العابر

التاريخ \_\_\_\_\_

(توقيع مقدم الطلب او الطرف المسؤول)

التاريخ \_\_\_\_\_

(توقيع الشخص الذي يكمل الطلب ان لم يكن مقدم الطلب)

كيف تريد إرسال المواد المكتوبة إليك في المستقبل؟ (يرجى التحقق من واحد)

قرص الكمبيوتر  برايل  شريط صوتي  طباعة كبيرة  طباعة عادية

إعادة الطلب المكتمل إلى: دارت - بارا ترانزيت

DART Way 1100  
Des Moines, IA 50309-4530