



एडीए पैराट्रांसिट पात्रता आवेदन

केवल कार्यालय उपयोग के
लिए
प्राप्ति दिनांक:
द्वारा प्राप्त:

पैराट्रांसिट क्या है?

विकलांग अमेरिकी अधिनियम (एडीए) एक संघीय कानून है जो विकलांग लोगों को विकलांग लोगों के लिए उपलब्ध समान सेवाओं और आवास के लिए पूर्ण और समान पहुंच की गारंटी देता है। एडीए के तहत, सार्वजनिक परिवहन जो परिभाषित मार्ग (निश्चित मार्ग सेवा) चलाता है, विकलांग लोगों के लिए सुलभ होना चाहिए। जब कोई विकलांग यात्री फिक्स्ड-रूट सिस्टम का उपयोग करने में सक्षम नहीं होता है, तो एडीए अनिवार्य करता है कि ट्रांजिट सिस्टम पूरक पैराट्रांसिट सेवा प्रदान करता है।

उन योग्य सवारियों के लिए जिनकी विकलांगता है जो उन्हें निश्चित मार्ग की बसों में कुछ या सभी यात्राएं करने से रोकते हैं, एमटीडी एक साझा सवारी, मूल-से-गंतव्य सेवा प्रदान करता है जिसे पैराट्रांसिट कहा जाता है। यह सेवा एमटीडी जिले की सीमाओं के भीतर या इन सीमाओं के बाहर एक मील के तीन क्वार्टर (0.75) तक यात्रा करने वाले किसी भी पात्र यात्री के लिए उपलब्ध है। पैराट्रांसिट सेवा कम से कम एक दिन पहले आरक्षित होनी चाहिए। इस सेवा के लिए उपयोग किए जाने वाले प्रत्येक वाहन गतिशीलता उपकरणों की सहायता के लिए लिफ्ट से लैस हैं। पैराट्रांसिट सेवा उन्हीं दिनों और घंटों के दौरान निर्धारित मार्ग सेवा के रूप में संचालित होती है।

कौन पात्र है?

एडीए पैराट्रांसिट के लिए पात्रता निर्णय आवेदक की निर्धारित रूट बस सेवाओं तक पहुंचने और उपयोग करने की कार्यात्मक क्षमता पर आधारित होते हैं। प्रत्येक आवेदन का मूल्यांकन केस-दर-मामला आधार पर किया जाता है और यह चिकित्सा निदान से प्रभावित निर्णय नहीं है।

एडीए पैराट्रांसिट सेवा कार्यात्मक सीमाओं वाले व्यक्तियों के लिए एक "सुरक्षा जाल" है जो उन्हें निश्चित-मार्ग सेवा का उपयोग करने से रोकती है। जैसा कि यूनाइटेड स्टेट्स डिपार्टमेंट ऑफ़ ट्रांसपोर्टेशन ADA विनियमों के 49 CFR 37.123(e) में वर्णित है, योग्यता व्यक्तियों की कुछ श्रेणियों तक सीमित है:

- कोई भी विकलांग व्यक्ति जो किसी अन्य व्यक्ति (बस ऑपरेटर को छोड़कर) की सहायता के बिना सुलभ वाहन से चढ़ने, सवारी करने या उतरने में असमर्थ है;
- कोई भी विकलांग व्यक्ति जो एक सुलभ वाहन का उपयोग कर सकता है, लेकिन मार्ग सुलभ नहीं है, या लिफ्ट एडीए मानकों को पूरा नहीं करता है;
- कोई भी विकलांग व्यक्ति जिसकी एक विशिष्ट हानि-संबंधी स्थिति है जो व्यक्ति को बोर्डिंग/उतरने वाले स्थान पर जाने या जाने से रोकती है।

निम्नलिखित उदाहरण स्वचालित रूप से योग्यता स्थापित नहीं करते हैं:

- बस प्रणाली आपके व्यक्तिगत कार्यक्रम को पूरा नहीं करती है; बस से यात्राएं बहुत अधिक समय लेती हैं; बसें उन गंतव्यों की सेवा नहीं करती हैं जहाँ आप यात्रा करते हैं;
- बस प्रणाली के साथ परिचित या अनुभव की कमी;

- एसएसआई, एसएसए, या वीए से विकलांगता का प्रमाणन;
- ऐसे क्षेत्र में रहना जहां नियमित नियत मार्ग सेवा द्वारा सेवा नहीं दी जाती है;
- फिक्स्ड-रूट सर्विस की सवारी करने का डर;
- बस प्रणाली का उपयोग अधिक कठिन या कम आरामदायक हो सकता है।

आवेदन प्रक्रिया

एक पूर्ण एडीए पैराट्रांसिट पात्रता आवेदन प्राप्त होने पर, इक्कीस (21) कैलेंडर दिनों तक की मूल्यांकन अवधि शुरू होती है। इस अवधि के दौरान, यह निर्धारित करने के लिए आवेदक और चिकित्सा पेशेवरों द्वारा प्रदान की गई जानकारी का उपयोग करने के लिए एमटीडी की जिम्मेदारी है कि क्या वे 49 सीएफआर 37.123 (ई) में स्थापित मानदंडों को पूरा करते हैं और पैराट्रांसिट सेवाओं के लिए पात्र हैं।

यदि कोई अपूर्ण आवेदन प्राप्त होता है, तो एमटीडी के स्टाफ का एक सदस्य अतिरिक्त जानकारी या स्पष्टीकरण के लिए आवेदक के पास पहुंचेगा।

यदि एक पूर्ण एडीए पैराट्रांसिट पात्रता आवेदन की प्राप्ति के इक्कीस (21) कैलेंडर दिनों के बाद कोई निर्धारण नहीं किया गया है, तो आवेदक को तब तक पैराट्रांसिट सेवाओं के लिए पूरी तरह से योग्य माना जाएगा जब तक कि कोई निर्धारण नहीं किया जाता है या आवेदन को अस्वीकार नहीं किया जाता है।

एक निर्धारण के बाद, आवेदक की पात्रता स्थिति की लिखित अधिसूचना उनके आवेदन पर सूचीबद्ध पते पर भेज दी जाएगी।

कृपया इस आवेदन को यहां लौटाएं:
Champaign-शहरी मास ट्रांजिट जिला
1101 ई यूनिवर्सिटी एवेन्यू
अर्बाना, आईएल 61802

डैश कार्ड

डीएसएच कार्ड 65 वर्ष और उससे अधिक उम्र के वरिष्ठ नागरिकों और विकलांग सवारों के लिए उपलब्ध है। यह पास एमटीडी की सुलभ फिक्स्ड-रूट सेवा और हाफ-फेयर कैब प्रोग्राम तक असीमित मुफ्त पहुंच प्रदान करता है। डीएसएच कार्ड तीन साल के लिए वैध है और समाप्ति पर इसे नवीनीकृत किया जाना चाहिए।

वरिष्ठ

65 वर्ष और उससे अधिक आयु के व्यक्ति इलिनोइस टर्मिनल पर आयु का प्रमाण प्रदान करके डैश कार्ड प्राप्त कर सकते हैं। आयु के सत्यापन के बाद पात्र वरिष्ठ नागरिकों को सीधे डैश कार्ड जारी किए जाएंगे।

विकलांग सवार

मेडिकेयर कार्ड धारक और एमटीडी वाहन का उपयोग करने में कठिनाई वाले व्यक्ति विकलांग सवार के रूप में डीएसएच कार्ड के लिए अर्हता प्राप्त कर सकते हैं। डीएसएच कार्ड के लिए आवेदन इलिनॉय टर्मिनल पर जमा किए जाने चाहिए और इसमें मेडिकेयर कार्ड की एक प्रति या एमटीडी-अधिकृत एजेंसी से प्रमाणन शामिल होना चाहिए। अधिकृत एजेंसियों की सूची के लिए कृपया 217.384.8188 पर एडीए ग्राहक सेवा से संपर्क करें। अनुमोदन पर आवेदक को दस दिनों के भीतर डैश कार्ड भेज दिए जाएंगे और इलिनॉय टर्मिनल पर पास के लिए एक निःशुल्क तस्वीर लेने के बाद।

आधा किराया

65 वर्ष या उससे अधिक आयु के व्यक्ति और मेडिकेयर कार्ड धारक जो डीएसएसएच कार्ड प्राप्त नहीं करना चाहते हैं, वे आयु या मेडिकेयर कार्ड का वैध प्रमाण दिखाकर \$0.50, जो आधा किराया है, के लिए निश्चित मार्ग सेवा की सवारी कर सकते हैं।

अपील प्रक्रिया

यदि कोई आवेदक अपने आवेदन पर की गई कार्रवाई से संतुष्ट नहीं है, तो उन्हें उस निर्णय के विरुद्ध अपील करने का अधिकार है।

सुनवाई का अनुरोध करने के लिए, यहां लिखें:

Champaign-शहरी मास ट्रांजिट जिला
c/o विशेष सेवा प्रबंधक
1101 ई। विश्वविद्यालय एवेन्यू।
अर्बाना, इलिनोइस 61802

पैराट्रांसिट पात्रता स्थिति की लिखित अधिसूचना प्राप्त होने के 60 दिनों के भीतर अपील अनुरोध किया जाना चाहिए। कृपया अपने मामले से संबंधित सभी जानकारी शामिल करें। अपील के निर्णय अनुरोध के 30 दिनों के भीतर किए जाएंगे और लिखित रूप में किए जाएंगे।

व्यक्तिगत जानकारी

मैं इसके लिए आवेदन कर रहा हूँ: मैं पैराट्रांसिट पात्रता मैं पैराट्रांसिट पात्रता नवीनीकरण मैं डैश कार्ड

लिंग मैं पुरुष मैं महिला मैं अन्य _____

नाम _____

पता _____

शहर _____ राज्य _____ ज़िप _____

डाक का पता (यदि घर के पते से भिन्न है) _____

शहर _____ राज्य _____ ज़िप _____

टेलीफोन नंबर (होम) _____ (कार्य) _____

जन्म की तिथि (महीना / दिन / साल) _____

प्राथमिक भाषा: मैं अंग्रेज़ी मैं स्पेनिश मैं एसएल मैं अन्य _____

क्या आपको वैकल्पिक रूप में जानकारी की आवश्यकता है?

मैं बड़ी छपाई मैं ब्रेल मैं ईमेल (पता प्रदान करें) _____

मैं अन्य (कृपया समझाएं) _____

क्या कोई और आपके लिए यात्राएं निर्धारित करने के लिए अधिकृत है?

नाम _____

प्रमाणपत्र

ए. आवेदक के हस्ताक्षर

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस आवेदन में मेरे द्वारा दी गई जानकारी सत्य और सही है। मैं समझता/समझती हूँ कि जानकारी के मिथ्याकरण के परिणामस्वरूप सेवा से इनकार किया जा सकता है। मैं समझता हूँ कि मेरी अक्षमता से संबंधित सभी जानकारी को गोपनीय रखा जाएगा और सेवा प्रदान करने के लिए आवश्यक जानकारी केवल उन लोगों के सामने प्रकट की जाएगी जो इस सेवा या संबंधित सेवाओं को करते हैं।

आवेदक का हस्ताक्षर _____

दिनांक _____

बी. आवेदक के अलावा यदि कोई अन्य व्यक्ति फॉर्म भर रहा है (कृपया एक को चेक करें):

मैं आवेदक द्वारा मुझे दी गई जानकारी के आधार पर मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन में दी गई जानकारी सत्य और सही है।

मैं मैं प्रमाणित करता हूँ कि आवेदक की स्वास्थ्य स्थिति या अक्षमता के बारे में मेरी जानकारी के आधार पर इस आवेदन में दी गई जानकारी सत्य और सही है।

अपवाद या परिवर्धन _____

नाम छापें _____ एजेंसी _____

हस्ताक्षर _____

दिनांक _____ दिन के समय फोन नम्बर _____

आवेदक को रिश्ता _____

पता _____

शहर _____ राज्य _____ ज़िप _____

आपातकालीन संपर्क जानकारी

लिंगमैपुरुषमैमहिलामैअन्य _____

नाम _____

आवेदक को रिश्ता _____

पता _____

शहर _____ राज्य _____ ज़िप _____

टेलीफोन नंबर (दिन के समय) _____ (एकांतर) _____

क्या यह व्यक्ति आपकी ओर से यात्राएं निर्धारित करने के लिए अधिकृत है?मैहांमैनहीं

लिंगमैपुरुषमैमहिलामैअन्य _____

नाम _____

आवेदक को रिश्ता _____

पता _____

शहर _____ राज्य _____ ज़िप _____

टेलीफोन नंबर (दिन के समय) _____ (एकांतर) _____

क्या यह व्यक्ति आपकी ओर से यात्राएं निर्धारित करने के लिए अधिकृत है?मैहांमैनहीं

यात्रा के वर्तमान साधन

1. क्या आपने हाल ही में (पिछले 3 महीनों के भीतर) एमटीडी की सुलभ फिक्स्ड-रूट सेवा का उपयोग किया है?
मैहांमैनहीं

यदि नहीं, तो क्या आपने पिछले 3 महीनों के भीतर एमटीडी की पहुँच योग्य निश्चित मार्ग सेवा का उपयोग करने का प्रयास किया है?

मैहांमैनहीं

यदि हां, तो कृपया हमें अपने अनुभव के बारे में बताएं _____

2. यदि आप वर्तमान में एमटीडी की पहुँच योग्य नियत-मार्ग सेवा की सवारी नहीं करते हैं, तो ऐसा करने में आपकी क्या मदद हो सकती है?

मैरूट और शेड्यूल की जानकारीमैबस में यात्रा करने का प्रशिक्षण

मैं जहाँ रहता हूँ उसके करीब बस स्टॉप होना और जाने की जरूरत है मैं अन्य (कृपया समझाएं) _____

3. आप कितने समय से Champaign-Urbana/Savoy समुदाय में रहे हैं?

मैं 1 वर्ष से कम मैं 1 से 3 साल मैं 3 साल से अधिक

4. आपके 3 सबसे लगातार यात्रा गंतव्य कौन से हैं और आप वर्तमान में उन तक कैसे पहुंचते हैं?

| गंतव्य | यात्रा आवृत्ति | यात्रा का तरीका |
|--------|----------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

5. आपके आवास के लिए निकटतम बस स्टॉप कहाँ है? कृपया कोई स्थान या चौराहा दें (जैसे; चर्च और राज्य) _____

6. निकटतम बस स्टॉप की यात्रा करते समय आपके द्वारा अनुभव की जाने वाली किसी भी बाधा का चयन करें:

मैं व्यस्त सड़क(ओं) को पार करने के लिए मैं अंकुश में कटौती का अभाव मैं सड़क निर्माण मैं अत्यधिक दूरी मैं कोई फुटपाथ नहीं मैं फुटपाथ की खराब स्थिति मैं खड़ी झुकना मैं तिरछी ढलान मैं दिन का समय

मैं अन्य (कृपया समझाएं) _____

7. क्या आप यात्रा के दौरान निम्नलिखित में से किसी गतिशीलता सहायता का उपयोग करते हैं?

मैं समर्थन गत्रा मैं बैसाखियों मैं वॉकर मैं ऑक्सीजन मैं मैनुअल व्हीलचेयर मैं पावर व्हीलचेयर मैं स्कूटर (3 पहिया) मैं सेवा पशु मैं सफेद गत्रा मैं अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें) _____

यदि एक से अधिक सहायता की जाँच की गई थी, तो यात्रा करते समय आपकी प्राथमिक गतिशीलता सहायता का क्या उपयोग किया जाता है?

8. पैराट्रांसिट वाहन एक लिफ्ट से लैस हैं जो 30 इंच चौड़ी, 48 इंच लंबी है, और 800 पाउंड तक समायोजित कर सकती है। क्या आपका और आपके मोबिलिटी डिवाइस का संयुक्त माप इन मापदंडों पर फिट बैठता है?

मैं हाँ मैं नहीं

यदि हां, तो आयाम और संयुक्त भार क्या हैं? _____

ध्यान दें: यदि एक यात्री और गतिशीलता सहायता का संयुक्त वजन 800 पाउंड से अधिक है, तो उन्हें अपने गतिशीलता उपकरण से अलग से बोर्ड करने की अनुमति है।

यात्रा के वर्तमान साधन (जारी)

9. यदि आप वर्तमान में एमटीडी की पहुँच योग्य नियत-मार्ग सेवा की सवारी नहीं करते हैं, तो कृपया लागू होने वाले सभी कारणों का चयन करें:

मैं सुनिश्चित नहीं है कि कैसे सवारी करें मैं बस स्टॉप बहुत दूर है मैं जहाँ मैं रहता हूँ वहाँ कोई फुटपाथ नहीं है

मैं मुझे सवारी करने में डर लगता है मैं सवारी नहीं करना चाहता मैं बस स्टॉप तक जाने के लिए जमीन बहुत उबड़-खाबड़/खड़ी है मैं मुझे व्हीलचेयर लिफ्ट/रैंप चाहिए मैं किसी मंज़िल या लैंडमार्क को नहीं पहचान पा रहा हूँ

मैं कुछ परिस्थितियों में एमटीडी की सुलभ फिक्स्ड-रूट सेवा का उपयोग करने में सक्षम हूँ (कृपया समझाएं) _____

विकलांगता और कार्यात्मक सीमा जानकारी

1. किस प्रकार की विकलांगता आपको एमटीडी की सुलभ फिक्स्ड-रूट सेवा का उपयोग करने से रोकती है?

मैं शारीरिक मैं विकास संबंधी मैं दृश्य मैं सुनवाई मैं संज्ञानात्मक मैं व्यवहार मैं अन्य (कृपया समझाएं): _____

2. आप अपनी स्वास्थ्य स्थिति या अक्षमता को किस प्रकार वर्गीकृत करेंगे?

मैं अल्पावधि/अस्थायी (1 वर्ष तक) मैं मध्यम/दीर्घावधि (3 वर्ष तक) मैं स्थायी

3. कृपया उन सभी अक्षमताओं का चयन करें जो एमटीडी की पहुँच योग्य निश्चित-मार्ग सेवा तक पहुंचने की आपकी क्षमता को महत्वपूर्ण रूप से प्रभावित करती हैं: मैं अल्जाइमर रोग मैं विच्छेदन (निर्दिष्ट करें) _____

मैं चिंता / पैनिक अटैक मैं गठिया मैं दमा मैं आत्मकेंद्रित स्पेक्ट्रम मैं कैंसर (निर्दिष्ट करें) _____

मैं मोतियाबिंद मैं मस्तिष्क पक्षाघात मैं कोर्जेस्टिव दिल विफलता मैं क्रॉनिक ऑब्स्ट्रक्टिव / पल्मोनरी डिजीज (COPD) मैं सिस्टिक फाइब्रोसिस मैं पागलपन मैं मधुमेह (गंभीर) मैं वातस्फीति मैं मिर्गी (गंभीर) मैं दिल का दौरा मैं दर्दनाक सिर की चोट मैं गुर्दे की बीमारी/डायलिसिस मैं कानूनी रूप से नेत्रहीन मैं चकत्तेदार अधः पतन मैं बौद्धिक

विकलांगतामैमल्टीपल स्वलेरोसिस मैमांसपेशीय दुर्विकासमैनीचे के अंगों का पक्षाघातमैपार्किंसंस रोगमैबाह्य संवहनी बीमारीमैकाड्रिप्लेजिया मैरेटिनोपैथीमैसिज़ोफ्रेनिया / स्किज़ोफेक्टिव डिसऑर्डर मैस्ट्रोक / सेरेब्रल ट्रॉमामैप्रणालीगत एक प्रकार का वृक्ष मैघनास्तता (क्रोनिक)मैअंधापन

मैअन्य (कृपया निर्दिष्ट करें)_____

विकलांगता और कार्यात्मक सीमा जानकारी (जारी)

कृपया वर्णन करें कि ऊपर चुनी गई अक्षमताएं एमटीडी की पहुंच योग्य निश्चित-मार्ग सेवा तक पहुंचने की आपकी क्षमता को कैसे महत्वपूर्ण रूप से प्रभावित करती हैं। हम चाहते हैं कि आप यथासंभव विस्तृत और विशिष्ट हों।

4. क्या आपकी स्वास्थ्य स्थिति या अक्षमता दिन-प्रतिदिन ऐसे तरीकों से बदलती है जो एमटीडी की सुलभ फिक्स्ड-रूट सेवा का उपयोग करने की आपकी क्षमता को प्रभावित करती हैं?

मैहांमैनहीं

अगर हाँ है, कृपया समझाएँ

5. क्या आप वर्तमान में अपनी स्वास्थ्य स्थिति या अक्षमता से संबंधित किसी प्रकार का उपचार या उपचार प्राप्त कर रहे हैं?

मैंहांमैंनहीं

यदि हाँ, तो अपेक्षित अवधि क्या है? दिन महीने सालमैस्थायी

6. क्या आपकी स्वास्थ्य स्थिति या अक्षमता के कोई अन्य पहलू हैं जिनके बारे में हमें पता होना चाहिए?

मैंहांमैंनहीं

अगर हाँ है, कृपया समझाएँ

व्यावसायिक सत्यापन

आवेदन के इस खंड में दो खंड शामिल हैं: आवेदक द्वारा हस्ताक्षरित एक रिलीज और एक लाइसेंस प्राप्त पेशेवर द्वारा पूरा किया जाने वाला एक अनुभाग ताकि आवेदक की निश्चित-मार्ग पारगमन तक पहुंचने की क्षमता के बारे में अतिरिक्त जानकारी प्रदान की जा सके। दोनों वर्गों को शामिल किए बिना आवेदन को पूर्ण नहीं माना जाएगा।

आवेदक द्वारा पूरा किया जाना है:

नीचे हस्ताक्षर करके, मैं निम्नलिखित के लिए सहमत हूँ;

- मैं Champaign-Urbana Mass Transit District (MTD) द्वारा प्रदान की जाने वाली ADA पैराट्रांसिट सेवा के लिए आवेदन कर रहा हूँ। यह सेवा विकलांग व्यक्तियों तक सीमित है जो उन्हें सुलभ निश्चित मार्ग सेवाओं का उपयोग करने से रोकते हैं।
- मैं एमटीडी को मेरी पैराट्रांसिट पात्रता स्थिति का निर्धारण करने की अनुमति देने के एकमात्र उद्देश्य के लिए नीचे वर्णित जानकारी को जारी करने के लिए अधिकृत करता हूँ।

आवेदक का नाम (प्रिंट) _____

आवेदक का हस्ताक्षर _____ दिनांक _____

यह खंड एक चिकित्सक, लाइसेंस प्राप्त सामाजिक कार्यकर्ता, या पुनर्वास विशेषज्ञ द्वारा पूरा किया जाना है:

1990 के विकलांग अधिनियम (एडीए) के लिए आवश्यक है कि सार्वजनिक परिवहन प्रदाता उन लोगों को पूरक परिवहन प्रदान करें जो निश्चित-मार्ग सेवाओं तक पहुंचने में असमर्थ हैं। पैराट्रांसिट सेवा सभी विकलांग व्यक्तियों के लिए उपलब्ध नहीं है, बल्कि उन लोगों के लिए एक सुरक्षा जाल उपलब्ध है जो एक निश्चित मार्ग के वाहन से स्वतंत्र रूप से पहुंचने, बोर्ड करने, सवारी करने और उतरने में असमर्थ हैं।

सभी एमटीडी वाहन सुगम्यता सुविधाओं से लैस हैं जो यात्रियों को व्हीलचेयर या अन्य गतिशीलता सहायता का उपयोग करने और सवारी करने की अनुमति देते हैं। आवेदक के देखभाल प्रदाता के रूप में, आप निश्चित-मार्ग सेवाओं तक पहुंचने के लिए इस व्यक्ति की क्षमता का सत्यापन प्रदान करने के लिए विशिष्ट रूप से योग्य हैं। आवेदक की एमटीडी की सुलभ फिक्स्ड-रूट सेवाओं का उपयोग करने की क्षमता का निर्धारण करने में हमारी सहायता करने के लिए कृपया नीचे दिए गए प्रश्नों को पूरा करें।

सामान्य जानकारी

1. आवेदक का नाम (कृपया प्रिंट करें) _____
2. क्या आप वर्तमान में इस आवेदक का उपचार कर रहे हैं? मैं/हम/नहीं
यदि नहीं, तो आपने इस आवेदक को देखने की अंतिम तिथि क्या थी? (माह/दिन/वर्ष) _____
3. क्या आवेदक की स्थिति अस्थायी है? मैं/हम/नहीं
यदि हाँ, तो अपेक्षित अवधि क्या है? (माह/दिन/वर्ष) _____
4. आवेदक किसी अन्य व्यक्ति के बिना कितने ब्लॉक यात्रा कर सकता है, लेकिन एक गतिशीलता सहायता (यदि आवश्यक हो) के उपयोग के साथ? मैं/हम से कम मैं/हम दो खंड मैं/हम अधिकतम चार ब्लॉक (1/4 मील) मैं/हम 8 ब्लॉक (1/2 मील) तक मैं/हम 8 से अधिक ब्लॉक मैं/हम अन्य (कृपया समझाएं) _____

सामान्य जानकारी (जारी)

5. क्या आवेदक 12 इंच की सीढ़ियां चढ़ सकता है? मैं/हम/नहीं
ध्यान दें: जब घुटना टेका (निचला) जाता है, तो एमटीडी बस में कदम 8.5 इंच होता है।
6. क्या आवेदक बिना किसी सहारे के या केवल मोबिलिटी सहायता के सहारे 30 मिनट तक प्रतीक्षा कर सकता है? मैं/हम/नहीं
यदि नहीं, तो कृपया स्पष्ट करें _____

7. क्या आवेदक को अपने साथ यात्रा करने के लिए व्यक्तिगत देखभाल परिचारक (पीसीए) की सहायता की आवश्यकता है?

मैं/कभी नहीं/मैं/कभी - कभी/मैं/हमेशा (आवेदक बिना सहायता के यात्रा करने में असमर्थ है)

ध्यान दें: पीसीए प्राप्त करना आवेदक की जिम्मेदारी है। पीसीए एमटीडी वाहनों पर यात्री के साथ मुफ्त यात्रा करते हैं।

दृश्य हानि

यदि दृष्टि आवेदक की स्वतंत्र रूप से यात्रा करने की क्षमता को सीमित करती है, तो कृपया निम्नलिखित का उत्तर दें:

1. क्या आवेदक की दृष्टि/मैं/स्थिर/मैं/अपक्षयी/मैं/अन्य

यदि अन्य, कृपया समझाएं _____

2. क्या आवेदक परिचित स्थानों जैसे स्थलों या गंतव्यों को पहचानने में सक्षम है?

मैं/हां/मैं/नहीं

3. क्या आवेदक कानूनी रूप से अंधा है? मैं/हां/मैं/नहीं

संज्ञानात्मक अक्षमता

यदि कोई संज्ञानात्मक अक्षमता आवेदक की स्वतंत्र रूप से यात्रा करने की क्षमता को प्रभावित करती है, तो कृपया निम्नलिखित का उत्तर दें:

क्या आवेदक सक्षम है:

उनका पता, फोन नंबर बताएं? मैं/हां/मैं/नहीं

गंतव्यों/स्थलों को पहचानें? मैं/हां/मैं/नहीं

निर्देशों के लिए पूछें और उनका पालन करें? मैं/हां/मैं/नहीं

प्रमुख चौराहों को सुरक्षित रूप से पार करें? मैं/हां/मैं/नहीं

सामान्य जानकारी (जारी)

क्या कोई अतिरिक्त जानकारी है जिससे एमटीडी को अवगत कराया जाना चाहिए?

नीचे हस्ताक्षर करके, चिकित्सा पेशेवर प्रमाणित करता है कि:

मैं समझता/समझती हूँ कि मेरा मुवक्किल एमटीडी के साथ पैराट्रांसिट पात्रता के लिए आवेदन कर रहा है। मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य है। मैं समझता/समझती हूँ कि मिथ्या या अधूरी जानकारी प्रदान करने से आवेदक के लिए पैराट्रांसिट सेवाओं को निलंबित किया जा सकता है।

क्लिनिक/एजेंसी का नाम _____

कार्यालय का पता _____ शहर _____ ज़िप _____

कार्यालयीन फोन # _____ कार्यालय फैक्स # _____

नाम _____

(कृपया प्रिंट करें) (क्रेडेंशियल्स)

हस्ताक्षर _____