

من هو المؤهل؟

تعتمد الأهلية لخدمة ديترويت MetroLift ADA Paratransit على عدم قدرة الفرد الوظيفية على الصعود و / أو الركوب و / أو النزول بشكل مستقل من حافلة طريق ثابتة يمكن الوصول إليها. لا تشمل أهلية Paratransit الأشخاص الذين يجدون صعوبة أو عدم راحة في ركوب الحافلة. تعتمد الأهلية على القيد الوظيفي للشخص ، وليس التشخيص الطبي.

الأهلية غير المشروطة

إعاقة الشخص أو الحالة الصحية التي تمنعه من استخدام حافلات الخط الثابت تؤهله لخدمة ADA Paratransit لجميع الرحلات.

الأهلية المشروطة

يستخدم الركاب المشروطون حافلات المسار الثابت لبعض الرحلات ويتأهلون لخدمة ADA Paratransit لرحلات أخرى. يتم بعد ذلك تحديد الأهلية للحصول على paratransit على أساس رحلة برحلة تعتمد على الإعاقة والحواجر البيئية التي قد تمنع استخدام خدمة النقل بالطريق الثابت. إذا قررت DDOT أنك مؤهل بشكل مشروط ، فسنددد جميع الشروط التي تؤثر على السفر.

ما هو متروليفيت ديترويت؟

Paratransit هي خدمة Detroit MetroLift الإلزامية لقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA) التابعة لوزارة النقل في ديترويت (DDOT). إنه حجز متقدم ، أصل إلى خدمة الوجهة التي يتم توفيرها بناءً على عدم قدرة مقدم الطلب على استخدام خدمة ناقل المسار الثابت لـ DDOT بسبب قيود وظيفية. في ظروف خاصة أو عند الطلب ، سيقدم السائق المساعدة من الباب إلى الباب. يعد الطلب الذي يتضمن نموذج التحقق المهني ضروريًا لتحديد الأهلية.

ساعات خدمة ديترويت متروليفيت ADA Paratransit خدمة مماثلة لخدمة حافلات الطريق الثابت. أجرة الاتجاه الواحد 2.50 دولار. تتضمن منطقة خدمة النقل الموازي أي عنوان يقاس ¼ ميل أو أقل من محطة حافلات طريق ثابت DDOT.

ما هو ADA (أو "ADA Paratransit")؟

قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة لعام 1990 هو قانون يحظر التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في مجالات التوظيف ، وأماكن الإقامة العامة ، والخدمات العامة مثل النقل. تتطلب إدارة النقل الفيدرالية أن تكون خدمة النقل شبه المكمل متاحة للأشخاص الذين ، بسبب الإعاقة ، غير قادرين على استخدام نظام الحافلات العادية الثابتة.

الزائرين

إذا كنت تخطط لزيارة منطقة ديترويت وكنت مؤهلاً للحصول على خدمات شبه ترانزيت من قبل وكالة أخرى ، فقد يتم منحك الأهلية الافتراضية لاستخدام خدمات النقل العام لمدة تصل إلى 21 يومًا في غضون عام.

الرجاء إعادة النماذج المكتملة إلى:

وزارة النقل في ديترويت

ATTN: قسم الأسعار الخاصة

100 ماك افي

ديترويت ، ميشيغان 48201

ملاحظة: سيتم رفض الطلبات غير المصحوبة بنسخة من الهوية الصالحة ورقم الهاتف والعنوان ونموذج التحقق المهني المكتمل.

الأهلية المؤقتة

الأهلية المؤقتة هي للأشخاص الذين يعانون من حالة أو إعاقة تمنعهم مؤقتًا من استخدام نظام المسار الثابت لفترة زمنية محدودة.

كيفية التقديم

يمكنك أنت ، أو أي فرد من اختيارك ، إكمال طلب خدمة Detroit MetroLift ADA Paratransit. يجب على المتقدمين إكمال الطلب المرفق واستمارة التحقق المهني (يجب إكمالها بواسطة محترف مرخص) بالكامل. تتم معالجة الطلبات في غضون 21 يومًا من الاستلام. إذا تعذر تحديد الأهلية في غضون 21 يومًا ، فسيكون مقدم الطلب قادرًا على استخدام الخدمة حتى يتم الانتهاء من القرار النهائي. قد تستغرق معالجة الطلبات غير المكتملة وقتًا أطول أو قد يتم إرجاعها. بمجرد مراجعة الطلب ، سيتلقى مقدم الطلب خطاب تحديد مع تعليمات حول كيفية المتابعة.

التجديدات

يجوز منح الأهلية لمدة تصل إلى ثلاث سنوات. يجب تقديم طلبات التجديد قبل 30 يومًا على الأقل من تاريخ انتهاء فترة أهلية مقدم الطلب.

الحق في الاستئناف

يمكن للأشخاص الذين لا يوافقون على تحديد حالة أهليتهم استئناف القرار. يجب طلب الاستئناف الرسمية في غضون 60 يومًا من تاريخ إرسال إشعار الرفض. يتم اتخاذ قرارات الاستئناف في غضون 30 يومًا من المراجعة.

الاسم الأول:	الحرف الأول من الاسم الأوسط:
الاسم الأخير:	
العنوان:	رقم الشقة/الوحدة:
المدينة:	الرمز البريدي:
تاريخ الميلاد:	
رقم الهاتف:	
البريد الإلكتروني:	
رقم بطاقة هوية ولاية ميشيغان/رخصة القيادة:	

ما هي المحدودية الوظيفية التي تؤهلك لخدمة النقل التكميلي؟

- هل هذه الحالة مؤقتة؟ نعم لا
- هل تحتاج لكرسي متحرك؟ نعم لا
- هل تحتاج لمُرافق رعاية شخصية؟ نعم لا

كيف تمنعك قدرتك الوظيفية من الوصول إلى محطة حافلة الطريق الثابت أو الانتظار في محطة حافلة الطريق الثابت أو ركوب حافلة طريق ثابت منتظمة المواعيد؟

هل هناك أية تأثيرات أخرى لحالتك من المفترض أن نعرفها؟

يُرجى وضع علامة على مساعد (مساعدات) الحركة التي تستخدمها:

- | | | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | كرسي متحرك يدوي | <input type="checkbox"/> | كرسي متحرك/دراجة كهربائية | <input type="checkbox"/> | حيوان خدمة |
| <input type="checkbox"/> | عصا مكفوفين | <input type="checkbox"/> | عصا من نوع آخر | <input type="checkbox"/> | مشاية |
| <input type="checkbox"/> | عكازات زوجية | <input type="checkbox"/> | سنادات | <input type="checkbox"/> | لا يوجد |
| <input type="checkbox"/> | غير ذلك: | | | | |

كم عدد المربعات السكنية التي يمكنك مشيها أو اجتيازها بالكرسي المتحرك؟

- أقل من 1 1 2 3 4 أو أكثر

هل تحتاج لمعلومات مقدمة بتنسيق بديل أو لغة بديلة؟ نعم لا

هل أنت مهتم بتعلم كيفية ركوب حافلات الطريق الثابت الخاصة بإدارة النقل في ديترويت؟ نعم لا

احتياجات خاصة أخرى (يُرجى التوضيح):

بيانات الاتصال في حالات الطوارئ

الاسم الأول:

الحرف الأول من الاسم الأوسط:

الاسم الأخير:

رقم الهاتف:

أقر بأن المعلومات الواردة أعلاه حقيقية وصحيحة إلى حد علمي. أفهم أيضًا أنه في حال ثبت كون أي من المعلومات الواردة أعلاه مغلوطة عن عمد سوف يؤدي هذا إلى الإيقاف الفوري وإبلاغ إدارة النقل في ديترويت مباشرة.

التوقيع:

التاريخ:

ملاحظة: سيتم رفض الطلبات غير المصحوبة بنسخة من بطاقة هوية صالحة ورقم هاتف وعنوان ونموذج تحقق مهني مكتمل لكونها غير مكتملة.

للاستخدام المكتبي فقط

تاريخ الاستلام:

تاريخ الإدخال:

الموظف:

لا نعم

هل الحالة مؤقتة؟

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى إيضاح طول الحالة والظروف:

لا نعم

هل يحتاج العميل لمُرافق رعاية شخصية (PCA)؟

أقر تحت عقوبة شهادة الزور بموجب قوانين ولاية ميشيغان أن المعلومات الواردة في هذا الطلب حقيقية وصحيحة.

الحرف الأول من الاسم الأوسط:

الاسم الأول:

الاسم الأخير:

رقم الهاتف:

المسمى الوظيفي:

العنوان:

الرمز البريدي:

الولاية:

المدينة:

التاريخ:

التوقيع:

رخصة أو شهادة أو تسجيل ولاية ميشيغان:

إذن بالحصول على تحقق من طبيب أو من مهني آخر

لتقييم طلبك، قد يكون من الضروري الاتصال بطبيبك أو بمهني آخر لتأكيد المعلومات التي قدمتها. يرجى إكمال المعلومات التالية.

المهنة:

طبيب أخصائي رعاية صحية أخصائي إعادة تأهيل

اسم المهني:

الوكالة:

عنوان المكتب:

المدينة:

الولاية:

الرمز البريدي:

رقم الهاتف:

فاكس المكتب:

اسم مقدم الطلب:

تاريخ الميلاد:

أفهم أن الغرض من هذا الطلب هو تحديد ما إذا كانت هناك أوقات لا يمكنني فيها استخدام خدمة الحافلة العامة وبالتالي وجوب استخدام خدمات النقل التكميلي للمعاقين. أقر بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب حقيقية وصحيحة إلى حد علمي. وأفهم أن تقديم معلومات خاطئة أو مضللة قد يؤدي إلى إعادة تقييم أهليتي.

أوافق على الشروط المذكورة أعلاه.

انقر لإرسال النموذج الآن.