



طلب بطاقة الاجرة المخفضة لوزارة النقل في ديترويت

قيادة أو هوية دولة أو هوية ديترويت أو جواز سفر).
ملاحظة: تتم الموافقة تلقائياً على الأشخاص المكفوفين
قانونياً والذين لديهم دليل موثق على أنه "أعمى قانونياً"
، كما يتضح من هوية الولاية السارية المفعول بدون
نموذج للتحقق من مهنيًا. قم بتضمين نسخة من بطاقة
هوية سارية المفعول مع الإشارة إلى "أعمى قانونياً" مع
طلبك.

المتقدمين الذين يعتبرون غير مؤهلين سيتم إرسال إشعار
بالبريد عن سبب هذا القرار.

يرجى إعادة النماذج المكتملة والوثائق المطلوبة إلى:

ديترويت وزارة النقل
ملاحظة:
ATTENTION: Reduced Fares
100 Mack
Detroit, MI 48201
TDD/TTY Hearing-Impaired
7-1-1

يمكن برنامج تخفيض رسوم النقل في وزارة النقل في
ديترويت (DDOT) الراكبين المؤهلين من ركوب
حافلات المسار الثابت DDOT بنسبة مخفضة قدرها
50 سنناً لكل رحلة.

هل أنا مؤهل؟

- يحق لمقدمي الطلبات الذين يستوفون واحدة أو أكثر
من الفئات التالية الحصول على أجرة مخفضة:
• كبار السن: الأفراد 65 سنة أو أكثر.
• حامل بطاقة طبية Medicare*. مديكير
• الأفراد ذوو الإعاقة: يشمل أي إصابة أو إعاقة تحد
جسدياً أو عقلياً من استقلالية التنقل. **

* مؤهل لاستلام الأجرة المخفضة عن طريق إظهار
بطاقة طبية مديكير Medicare لمشغل الحافلات.

** يجب إكمال نموذج للتحقق من قبل أخصائي
الرعاية الصحية.

كيف يمكنني الحصول على بطاقة أجرة مخفضة؟

يجب على جميع المتقدمين إكمال طلب "الأجرة
المخفضة". يجب على المتقدمين تقديم نسخة من بطاقة
هوية سارية المفعول تحمل صورة شخصية (رخصة



DDOT طلب بطاقة الأجرة المخفضة

الاسم الاول:	أول حرف من اسم الأب:
الاسم الاخير(الكنية):	
عنوان:	رقم الشقة / الوحدة:
مدينة:	الرمز البريدي:
رقم الهاتف:	
البريد الإلكتروني:	
تاريخ الولادة:	

هل تحتاج إلى مساعد رعاية شخصية (أو مساعدة)؟ نعم لا

لدي أحد المعايير التالية: كبير السن فرد معاق حامل البطاقة الطبية

الوثائق الداعمة

يرجى تقديم المواد التالية مع طلبك.

كبير السن (65 عاماً أو أكبر) نسخة من بطاقة هوية سارية المفعول تحمل صورة شخصية (رخصة قيادة أو هوية دولة أو بطاقة ديترويت أو جواز سفر).

حامل البطاقة الطبية نسخة من البطاقة الطبية Medicare وبطاقة هوية سارية المفعول (رخصة قيادة أو هوية دولة أو بطاقة هوية ديترويت أو جواز سفر).

فرد معاق نسخة من بطاقة هوية سارية المفعول تحمل صورة شخصية (رخصة قيادة أو هوية دولة أو هوية ديترويت أو جواز سفر) ونموذج التحقق من مهنياً الذي تم ملؤها بواسطة أخصائي الرعاية الصحية.



DDOT طلب بطاقة الأجرة المخفضة

الاتصال في حالة الطوارئ

الاسم الاول:

أول حرف من اسم الأب:

الاسم الاخير(الكنية):

رقم الهاتف:

اعتراف مقدم الطلب

أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه حقيقية وصحيحة حسب علمي. أفهم أيضاً أن أيًا من المعلومات المذكورة أعلاه فيما إذا تم تزويرها عن قصد ستؤدي إلى الإنهاء الفوري ويتم إبلاغ إدارة النقل في ديترويت بذلك مباشرةً.

التوقيع:

التاريخ:

ملاحظة: سيتم رفض الطلبات غير المصحوبة بنسخة من بطاقة الهوية السارية المفعول ورقم الهاتف والعنوان واكمال نموذج التحقق من مهنيًا .



نموذج أستمارة الشهادة الاحترافية لبطاقة الأسعار المخفضة لـ DDOT

يجب إكمال هذا القسم بواسطة أخصائي رعاية صحية مرخص.

يطلب مقدم الطلب شهادة كفرد معاق لإصدار بطاقة الأجرة المخفضة لـ DDOT للوصول إلى وسائل النقل بسعر مخفض. الأهلية هي كما يلي وفقاً لإدارة النقل الفيدرالية (FTA):

”الأفراد الذين بسبب المرض أو الإصابة أو كبر السن أو خلل وظيفي خلقي أو عجز أو إعاقة دائمة أو مؤقتة أخرى ، بما في ذلك الأشخاص المقعدين على كرسي متحرك وكذلك الذين لديهم شبه عدم قدرة على التنقل و لا يستطيعون دون تسهيلات خاصة أو تخطيط أو تصميم خاص للاستفادة من تسهيلات وخدمات النقل الجماعي على نحو فعال مثل الأشخاص غير المصابين.“

يرجى وضع علامة على جميع الشروط التي تؤثر على قدرة مقدم الطلب على استخدام النقل الجماعي.

- الخلل العصبي الذي يتعارض مع التوافق الحركي أو القوة أو التحمل مثل شلل الأطفال أو الشلل الدماغي أو التصلب المتعدد أو الشلل أو النوبات التشنجية المتكررة غير المستقرة والاضطرابات الحسية الخاصة مثل العمى القانوني أو فقدان السمع الثنائي بنسبة 50 %.
- أي إعاقة لأكثر من ستة أشهر (أو 180 يوماً) تتطلب استخدام المشاية أو العكازات أو الكراسي المتحركة أو غيرها من أجهزة التنقل.
- تدهور كبير في العضلات والهيكل العظمي مثل الضمور العضلي أو التهاب المفاصل الحاد.
- أمراض القلب والأوعية الدموية ، أعتلال الجهاز التنفسي ، غسيل الكلى أو علاج السرطان التي تتداخل بشكل كبير مع التوافق الحركي أو التحمل أو القوة.
- ضعف الإدراك البليغ
- واحدة أو أكثر من الأطراف المفقودة.



نموذج أستمارة الشهادة الاحترافية لبطاقة الاسعار المخفضة لـ DDOT

في رأيي أن هذا العجز هو (تحقق من واحد): لق الحوالاتي تستخدمه. دائم

الشهادة الاحترافية

اسم أخصائي الرعاية الصحية:

اللقب / التخصص المهني:

اسم الوكالة / المكتب:

عنوان:

الرمز البريدي:

حالة:

مدينة:

رقم الهاتف:

رقم رخصة ميشيغان:

اعتراف أحترافي

إذا كانت أي من العبارات الواردة في هذه الوثيقة خاطئة أو غير دقيقة ، فإن DDOT سوف تمنعني من التقديم في المستقبل. أفهم أن مثل هذه الأنشطة ، قد تعرضني للملاحقة الجنائية وفقاً للقوانين المعمول بها في الدولة.

تاريخ:

التوقيع:



إتاحة لمعلومات

إذن للحصول على طبيب أو التحقق المهنية الأخرى

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

مهنة:

الطبيب المعالج خبير في الرعاية الصحية تأهيل مهني

مهنة:

اسم المحترف:

وكالة:

عنوان المكتب:

الرمز البريدي:

حالة:

مدينة:

فاكس المكتب:

رقم الهاتف:

اسم المتقدم:

تاريخ الولادة:

أفهم أن الغرض من هذا التطبيق هو تحديد ما إذا كانت هناك أوقات لا يمكنني فيها استخدام خدمة الحافلات العامة وبالتالي يجب استخدام خدمات ADA Paratransit. أقر بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وصحيحة على حد علمي. أفهم أن تقديم معلومات خاطئة أو مضللة قد يؤدي إلى إعادة تقييم أهليتي.

أوافق على الشروط المذكورة أعلاه.

انقر هنا لإرسال النموذج.