



CÁC QUẬN THÀNH VIÊN CỦA TRANSIT

Thành phố Carmel-by-the-Sea • Thành phố Del Rey Oaks • Thành phố Gonzales • Thành phố Greenfield City of King • Thành phố Marina • Thành phố Monterey • Thành phố Pacific Grove • Thành phố Salinas City of Sand City • Thành phố Seaside • Thành phố Soledad • Hạt Monterey

Thông báo Quan trọng - Đơn xin Sử dụng dịch vụ Paratransit (RIDES) theo ADA của MST

Nhằm đáp lại mối quan tâm của quý vị đối với Chương trình RIDES của MST, chúng tôi xin gửi các tài liệu để đăng ký dịch vụ để quý vị xem xét. Chương trình RIDES cung cấp dịch vụ vận chuyển chuyên biệt cho người khuyết tật khi những khuyết tật này cản trở họ sử dụng các dịch vụ tuyến đường cố định của MST. Chương trình tuân thủ nghiêm các quy định của Sở Transit Liên bang (FTA) về quản lý việc chứng nhận cho các đơn xin sử dụng dịch vụ paratransit theo ADA. Quý vị có thể tìm thêm thông tin, bao gồm một video về RIDES và các mẫu đơn có thể điền trực tuyến tại www.mstmobility.org/ada-paratransit-rides.htm.

MST cũng duy trì Chương trình Thẻ Ưu đãi (Courtesy Card) cho người cao tuổi và người khuyết tật không đạt các tiêu chuẩn để sử dụng Chương trình RIDES nhưng có thể vẫn được nhận vé giá rẻ khi dùng các dịch vụ tuyến đường cố định. Quý vị có thể lấy đơn đăng ký tại bất cứ văn phòng MST nào hoặc trực tuyến tại www.mst.org/wp-content/media/courtesy.pdf. Nếu quý vị không biết chắc nên nộp đơn xin sử dụng chương trình nào, hoặc một trong hai, xin vui lòng liên lạc MST qua số (831) 241-9028 để biết thêm chi tiết.

Đây không phải là đơn xin phiếu giảm giá dịch vụ taxi. Chương trình Phiếu giảm giá Dịch vụ Taxi không phải là một phần của Chương trình RIDES hoặc Chương trình Thẻ Ưu đãi.

Sau đây là danh sách kiểm tra khi nộp các tài liệu để xin sử dụng Chương trình RIDES của MST:

✓ Hoàn tất, ký tên và ghi ngày ở mặt *Thông tin Liên lạc* của mẫu đơn hai mặt gửi kèm. Nếu quý vị điền mẫu đơn này thay mặt cho đương đơn, hãy gửi kèm một bản sao (các) tài liệu chứng minh quý vị được ủy quyền hợp pháp để đại diện cho đương đơn khi nộp đơn xin, và khi ghi danh vào Chương trình RIDES của MST.

✓ Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ phải điền vào mặt Xác nhận của Chuyên gia y tế trên biểu mẫu gửi kèm để xác nhận các hạn chế do khuyết tật của quý vị. Người này phải là một chuyên gia chăm sóc sức khỏe có giấy phép hành nghề tại Tiểu bang California và đã được huấn luyện và có chuyên môn cần thiết để đánh giá đúng các khả năng và hạn chế của quý vị. Chúng tôi không đòi hỏi thông tin chẩn đoán hoặc y tế, thay vào đó, chúng tôi chỉ cần thông tin về việc quý vị có hoặc không có khả năng đi lên và dùng một xe buýt MST có lối đi cho xe lăn, và việc quý vị có khả năng tìm đường đi trong hệ thống xe buýt MST.



888-678-2871 / Free language assistance / Asistencia de Lenguaje Gratuito / Libreng tulong para sa wika / Hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí / 무료 언어 지원

✓ Vui lòng gửi lại mẫu đơn này với cả hai mặt đã được điền đầy đủ, có ký tên và ghi ngày bằng mực xanh hoặc đen đến cho MST RIDES Program, 201 Pearl Street, Monterey, CA 93940-3015. Các mẫu đơn không hoàn chỉnh sẽ được gửi trả lại cho đương đơn và sẽ trì hoãn quá trình xác định điều kiện sử dụng Chương trình RIDES.

Quý vị sẽ phải trình cho chúng tôi thẻ căn cước có hình trước khi được phỏng vấn.

Một khi chúng tôi nhận được và xem xét biểu mẫu Thông tin Liên lạc và biểu mẫu Xác nhận của Chuyên gia Y tế đầy đủ, quý vị sẽ được nhân viên MST liên lạc để sắp xếp cuộc phỏng vấn trực tiếp. Sau cuộc phỏng vấn, quý vị cũng có thể

được yêu cầu hoàn tất một cuộc đánh giá chức năng bao gồm đi bộ một đoạn ngắn và đi lên xe buýt. Xin vui lòng mặc trang phục thích hợp với điều kiện thời tiết vào ngày đó và mang theo dụng cụ hỗ trợ di chuyển quý vị có thể cần dùng trong quá trình đánh giá. Quý vị cũng có thể đưa một người khác đi cùng để hỗ trợ quý vị trong quá trình phỏng vấn và đánh giá nếu muốn.

Chương trình RIDES của MST không bố trí hộ lý cho hành khách đi trên xe buýt của công ty. Nếu quý vị cần có một hộ lý riêng (PCA) để hỗ trợ quý vị trong khi đi lại, xin vui lòng để PCA đi cùng quý vị trong quá trình phỏng vấn và đánh giá. Ngoài ra, chúng tôi sẽ chụp ảnh quý vị và người PCA mà quý vị đưa đi cùng trong quá trình phỏng vấn để chuẩn bị cho việc cấp thẻ sử dụng RIDES có ảnh một khi quý vị được phê chuẩn. Người PCA được đi xe miễn phí khi hỗ trợ một khách hàng sử dụng dịch vụ RIDES hợp lệ.

MST sẽ cung cấp dịch vụ vận chuyển miễn phí cho quý vị đến phỏng vấn và ra về khi có yêu cầu. Xin vui lòng liên lạc chúng tôi theo số (831) 241-9028 nếu quý vị có thắc mắc nào khác về quá trình nộp đơn xin sử dụng Chương trình RIDES của MST.

Trân trọng,

Cristy Sugabo
Mobility Programs Coordinator
(Điều phối viên Chương trình Vận chuyển)

Monterey-Salinas Transit ADA Paratransit
Biểu mẫu Thông tin Liên lạc

XIN VUI LÒNG ĐÁNH MÁY HOẶC VIẾT Ở DẠNG CHỮ IN TẤT CẢ CÁC CÂU TRẢ LỜI (NGOẠI TRỪ CHỮ KÝ). CÁC CÂU TRẢ LỜI PHẢI ĐƯỢC VIẾT Ở DẠNG CHỮ IN RÕ RÀNG ĐỂ ĐỌC BẰNG MỤC XANH HOẶC ĐEN.

Thông tin liên lạc có thể được chia sẻ với các nhân viên transit khác và những chuyên gia chăm sóc sức khỏe nếu quý vị quyết định nộp đơn đăng ký sử dụng Dịch vụ Paratransit theo ADA. Thông tin liên lạc đó sẽ không được dùng cho mục đích nào khác. Quý vị phải điền đầy đủ tất cả các mục hỏi trong biểu mẫu này.

XIN VUI LÒNG CUNG CẤP THÔNG TIN LIÊN LẠC ĐƯỢC YÊU CẦU SAU ĐÂY

Họ tên của quý vị:		
Địa chỉ nơi quý vị sống:		Số Nhà:
Thành phố:	Tiểu Bang:	Mã Zip:
Địa chỉ gửi thư (nếu khác địa chỉ trên):		Số Nhà:
Thành phố:	Tiểu Bang:	Mã Zip:
Ngày sinh: / /	← Ví dụ: 01/01/2011	Giới Tính: Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/>
Điện thoại liên lạc: ()		Điện thoại di động: ()
Địa chỉ Email:		
Ngôn ngữ ưu tiên (để phỏng vấn):		
Hãy nêu tên một người chúng tôi có thể gọi trong trường hợp khẩn cấp (hoặc viết "không ai cả" kế bên mục Họ tên):		
Họ tên:		Số điện thoại:

Một khi MST nhận được Biểu mẫu Thông tin Liên lạc của quý vị và Biểu mẫu Xác nhận của Chuyên gia Y tế từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị, chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị để sắp xếp một cuộc phỏng vấn trực tiếp. Nếu quý vị cần được đưa đón đến/từ địa điểm phỏng vấn, MST sẽ cung cấp dịch vụ vận chuyển miễn phí cho quý vị.

Nếu quý vị là đương đơn, và không nộp đơn đăng ký này thay cho người khác, vui lòng ký tên dưới đây.

Ký tên: _____ Ngày: ____/____/____

<input type="checkbox"/>	Nếu quý vị đang nộp đơn đăng ký này thay cho người khác, xin vui lòng đánh dấu chọn ô bên trái, cung cấp thông tin cần thiết và ký tên ngay bên dưới.
Họ tên:	Số điện thoại:
Địa chỉ Email:	

QUÝ VỊ PHẢI CUNG CẤP TÀI LIỆU CHỨNG MINH QUÝ VỊ ĐƯỢC ỦY QUYỀN HỢP PHÁP ĐỂ THAY MẶT CHO ĐƯƠNG ĐƠN. XIN VUI LÒNG GỬI KÈM (CÁC) BẢN SAO TÀI LIỆU CHỨNG MINH CÙNG MẪU ĐƠN NÀY.

Ký tên: _____ Ngày: ____/____/____



888-678-2871 / Free language assistance / Asistencia de Lenguaje Gratuito / Libreng tulong para sa wika / Hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí / 무료 언어 지원

Monterey-Salinas Transit ADA Paratransit Professional Verification Form

(to be completed by a California licensed health care provider with the qualifications and training to properly evaluate the applicants abilities and limitations with regard to accessing public transportation)

**PLEASE PRINT OR TYPE ALL RESPONSES (EXCEPT SIGNATURE).
RESPONSES MUST BE LEGIBLE AND WRITTEN IN BLUE OR BLACK INK.**

CALIFORNIA LICENSED HEALTH CARE PROFESSIONAL (To be completed by MD, DO, DC, PhD, LCSW, LMFT, RN, etc.)			
Professional Named on License	Print License Type	Print License #	Expiration Date
			/ /
Office Telephone: _____		Office Fax: _____	
How long has the applicant been in your care?		Years ____ Months ____	
PLEASE RESPOND TO THE QUESTIONS BELOW REGARDING THE APPLICANT'S LIMITATIONS			
Applicants Full Name: _____			
<input type="checkbox"/> Applicant can only stand for __minutes at a time before he/she needs to sit. _____ Minutes			
<input type="checkbox"/> Applicant can only walk for __minutes before he/she needs to rest. _____ Minutes			
<input type="checkbox"/> Applicant can only walk <u>up</u> a street grade less than % . _____ %			
<input type="checkbox"/> Applicant can only walk <u>down</u> a street grade less than % . _____ %			
<input type="checkbox"/> Applicant is undergoing treatment (dialysis, chemotherapy, etc.) which results in a need for travel assistance following those treatments. <i>Please check box if applicable but do not provide diagnosis or medical information.</i>			
<input type="checkbox"/> Applicant will require the assistance of a personal care attendant and/or requires a mobility device to ride the bus. Please specify which and under what conditions.			
<input type="checkbox"/> Applicant's physical or cognitive impairment keeps him/her from navigating city streets and roads by use of signs, maps or written/oral directions. Please specify which and under what conditions.			
Is the applicant's limitation(s) <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporary (lasting _____ months)?			

Your signature below certifies that this form has been completed or reviewed fully by you, that the above information is accurate and current, and that you understand that false or misleading information provided for the purpose of qualifying your patient for publically subsidized services violates State and Federal law.

This form must be signed by the California licensed professional named above. Please sign below and return to MST. Signature stamps are prohibited. Copies and faxed forms will not be accepted.

Provider Signature: _____ Date ____/____/____