

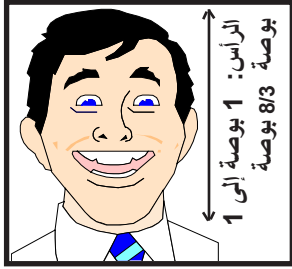


## برنامج بطاقة تحقيق الشخصية الفوتوغرافية للمعاقين للحصول على أجر منخفضة التكلفة

### معلومات حول بطاقة تحقيق الشخصية

يسر شركة Omnitrans أن توفر بطاقات تحقيق الشخصية الفوتوغرافية للإعاقاة للأشخاص المصابين بإعاقات. تقدم هذه البطاقة للأشخاص المصابين بإعاقات إثباتًا ملائمًا للأهلية للحصول على تذاكر الحافلات المخفضة وأجر النقل منخفضة التكلفة. من أجل استلام بطاقة تحقيق الشخصية الفوتوغرافية للإعاقاة، يجب عليك إرسال كل المستندات التالية إلى شركة Omnitrans:

2 بوصة



2 بوصة

أرسل صورة مثل هذه الصورة

— صورة للمنظر الأمامي المواجه للكاميرا تتضمن الرأس والأكتاف (شاهد العينة)

— صورة بحجم المحفظة

— خلفية بيضاء واضحة (أو ساطعة)

— لا يجب أن تحتوي الصورة على أي قبعات، أو وشاحات، أو نظارات، أو أغطية للرأس لإخفاء الملامح

(ملاحظة: إذا ارتدى مقدم الطلب غطاء للرأس لأسباب دينية أو نظارة شمسية بسبب الإعاقاة البصرية، يُرجى إرسال ملاحظة مع

الصورة، وسيتم قبولها)

• رسم المعالجة غير قابل للاسترداد بقيمة دولارين أمريكيين (شيك أو حوالة بريدية قابلة للدفع إلى ScreenCheck فقط – ليس نقدًا)

يُرجى ملاحظة: تعتبر بطاقات تحقيق الشخصية الفوتوغرافية للإعاقاة صالحة حتى خمس سنوات، وتنتهي صلاحيتها في يوم ميلاد حامل البطاقة. كل المعلومات المقدمة في طلبك سرية.

### \*إذا لم يكن لديك إثبات إعاقاة

إذا لم يكن لديك إحدى نماذج إثبات الإعاقاة الواردة أعلاه (إيصال VMD، أو بطاقة الضمان الاجتماعي، أو خطاب V.A.)، يُرجى إكمال الطلب المرفق، واطلب من طبيبك أو أخصائي رعاية صحية مؤهل إكمال القسم الثاني (2) من الطلب (مرفق).

### مكان إرسال طلبك

عند اكتمال طلبك، يُرجى إرسال كل الصفحات، إلى جانب صورة بحجم المحفظة ورسم معالجة غير قابل للاسترداد بقيمة دولارين أمريكيين، إلى العنوان التالي. تذكر عدم إرسال إثبات أصلي من مستندات الإعاقاة أو الأموال نقدًا.

ScreenCheck North America

Attn.: Omnitrans

2621 Corrinado Ct.

Ft. Wayne, IN 46808

يُرجى ملاحظة: بعد استلام طلبك المكتمل، ستستغرق عملية المعالجة 10 أيام عمل تقريبًا. بعد إتمام الموافقة على طلبك، سيتم إرسال بطاقة تحقيق الشخصية إليك عبر البريد.

للحصول على مزيد من المعلومات أو الرد على الاستفسارات، يُرجى الاتصال بخدمة العملاء الخاصة بشركة Omnitrans

على الرقم (909) 379-7100.

# يجب استكمال هذا النموذج بواسطة كل المتقدمين



## طلب بطاقة تحقيق الشخصية للمعاقين للحصول على أجر منخفضة التكلفة

يُرجى طباعة كل المعلومات

الاسم:

(الاسم الأول، والحرف الأول للاسم الأوسط، والاسم الأخير)

العنوان:

المدينة:

الرمز البريدي:

(الرقم، والشارع، ورقم السكن)

تاريخ الميلاد:

الهاتف:

(الشهر، التاريخ، العام)

رقم الضمان الاجتماعي (آخر أربعة أرقام فقط): XXX - XX -

(ملاحظة: يعتبر تقديم أرقام الضمان الاجتماعي أمراً اختيارياً، وسيتم استخدامه لأغراض التتبع الداخلي فقط)

تحقق من الفئة التي تتقدم بالطلب لبطاقة تحقيق الشخصية للحصول على أجر منخفضة التكلفة:

ملاحظة: إذا تحققت من الفئات 1-3، يجب عليك إرسال نسخة من إثبات الأهلية مع هذا الطلب إذا تحققت من الفئة 4، يجب عليك إرسال نموذج القسم 2 المكتمل (المرفق) مع هذا الطلب.

1. بطاقة الضمان الاجتماعي للرعاية الصحية أو خطاب التأمين التكافلي للإعاقة
2. إيصال/بطاقة تحقيق الشخصية Placard للأشخاص المعاقين لقسم السيارات
3. خطاب A.V. الذي يؤكد إعاقة من 50% أو أكثر
4. الإعاقة الطبية. أكمل التصريح الطبي لنموذج القسم 2 (المرفق)، وقدم هذا الطلب إلى أخصائي الرعاية الصحية للاستكمال استناداً إلى معايير الأهلية.

أصرح بموجب عقوبة شهادة الزور وفقاً لقوانين كاليفورنيا بأن الردود على الاستفسارات التي قدمتها صحيحة.

توقيع مقدم الطلب

التاريخ:

(أو الوصي الشرعي إذا كان مقدم الطلب أقل من 18 عاماً)

يُرجى عدم نسيان صورة بحجم المحفوظة، ونسخة من إثبات الأهلية، ورسم المعالجة غير القابل للاسترداد بقيمة دولارين أمريكيين مع طلب التقديم. الإرسال بالبريد إلى:

ScreenCheck North America

Attn.: Omnitrans

2621 Corrinado Ct.

Ft. Wayne, IN 46808

تحتفظ شركة Omnitrans بالحق في إجراء التحقيق النهائي من الأهلية لبطاقات تحقيق الشخصية للحصول على أجر منخفضة التكلفة. هذا الطلب للاستخدام الداخلي فقط، ولن يخضع للمراجعة العامة. من المفهوم أن إصدار بطاقة تحقيق الشخصية منخفضة التكاليف يهدف إلى غرض التحقق من الشخصية في خدمات النقل؛ حيث أنها غير قابلة للتحويل. إذا تم رفض الطلب الخاص ببطاقة تحقيق الشخصية للحصول على أجر منخفضة التكاليف، فقد يرسل مقدم طلب استئناف مكتوباً خلال 14 يوماً من تاريخ خطاب الرفض؛ حيث يطلب فيه مراجعة الطلب وإعادة النظر فيه.



## القسم 2 ملاحظة للمصادقون على الرعاية الطبية

يسمح برنامج بطاقة تحقيق الشخصية الفوتوغرافية للإعاقة للحصول على أجر منخفضة التكلفة للأفراد بتلقي تخفيضات في أجرة النقل، وفقاً لقوانين الولاية والقانون الفيدرالي. يطلب المريض الذي طلب منك استكمال النموذج المرفق هذا الخصم.

يُرجى مساعدتنا في التأكد من أن الأفراد المؤهلين فقط أصبحوا معتمدين. يُرجى مراجعة متطلبات الأهلية في الجانب الخلفي من هذا النموذج وأدناه قبل استكمال الشهادة. إذا كانت لديك أية استفسارات، يُرجى الاتصال بشركة Omnitrans على الرقم 739-7100 (909).

**ملاحظة:** من أجل الإقرار بأن الشخص المُعاق أو العاجز يستحق بطاقة تحقيق الشخصية للحصول على أجر منخفضة التكلفة من Omnitrans، يجب عليك الموافقة على ما يلي:

- المصادقة بصفتك مؤهلاً على أن هؤلاء الأفراد الذين يستوفون المعايير مضمنون في هذا الطلب؛
- تقديم تحقيق من صحة المعلومات المضمنة في هذا الطلب عند الطلب.
- الحصول على درجة احترافية صحيحة وترخيص في ولاية كاليفورنيا، كما يلي:

— قد يصادق الأطباء المرخصون الحاصلون على درجة الماجستير والدكتوراه، ومساعدو الأطباء المرخصين وممارسو التمريض في كل الفئات التي يتم ترخيصهم فيها بالنسبة إلى الشخص المريض.

— قد يصادق أطباء المعالجة اليدوية على الفئات من 1—4 (يُرجى الاطلاع على الجانب الخلفي).

— قد يصادق أخصائيو الأقدام على الإعاقات التي تتضمن الأقدام في الفئات 1-4 (يُرجى الاطلاع على الجانب الخلفي).

— قد يصادق أخصائيو النظارات على الإعاقات في الفئة 9 (يُرجى الاطلاع على الجانب الخلفي).

— قد يصادق أخصائيو السمعيات على الإعاقات في الفئة 10 (يُرجى الاطلاع على الجانب الخلفي).

— قد يصادق العلماء النفسانيون وعلماء النفس التربويون في الفئات 12، و15، و16، و17 (يُرجى الاطلاع على الجانب الخلفي).

— قد يصادق الأخصائيون الاجتماعيون المرخصون في الفئة 17 (يُرجى الاطلاع على الجانب الخلفي).

سيتم التحقق من صحة عنوانك ومعلومات الترخيص الطبية (المطلوبة في كل نموذج طلب) مع مجلس إدارة الترخيص الطبي للولاية وقسم شؤون العملاء بولاية كاليفورنيا.

نشكرك على مجهوداتك في مساعدة شركة Omnitrans على تقديم الخدمة عالية الجودة إلى عملائها، وللمساعدة في الحفاظ على نزاهة برنامج بطاقة تحقيق الشخصية الفوتوغرافية للإعاقة للحصول على أجر منخفضة التكلفة من Omnitrans.

## معايير الأهلية لبرنامج بطاقة تحقيق الشخصية الفوتوغرافية للإعاقة ومنخفض التكاليف من OMNITRANS

يعتبر مقدمو الطلبات مؤهلين للبرنامج ضمن الفئات التالية إذا كانوا يمتلكون الحالات التي:

- الفئة 1 المعاقون المقعدون: من الضروري استخدام كرسي العجل للحركة.
- الفئة 2 الأدوات المساعدة على الحركة: تجعل من الصعب المشي بدونها لذلك يجب عليهم استخدام أداة مساعدة للحركة.
- الفئة 3 إعاقة الهيكل العظمي العضلي (بما في ذلك التهاب المفاصل) نتيجة لضعف الهيكل العظمي العضلي، على سبيل المثال، الحثل العضلي، أو تكون العظم الناقص، أو أي نوع من التهاب المفاصل (مثل الفئة الوظيفية الثالثة أو المرحلة التشريحية الثالثة)
- الفئة 4 البتر: ينتج عن أما البتر أو عاهة رئيسية، فقدان وظيفي ل: (أ) كلا من اليمين، أو (ب) يد واحدة أو قدم واحدة، أو (ج) ساق واحدة أو كلا الساقين فوق منطقة الكاحل.
- الفئة 5 حادثة وعائية دماغية: ينتج عنها: (أ) شلل بصلي كاذب؛ أو (ب) العجز الوظيفي في أي من أطراف البدن؛ أو (ج) هزع يؤثر في الأطراف يتم دعمه من خلال إشارات مخرجة مناسبة أو فقدان حسي عميق لمدة أكلت أربعين شهرين.
- الفئة 6 - الأمراض الرئوية: يتم وصفها كضعف تنفسي للفئة الثالثة والرابعة. (الفئة الثالثة - القدرة الحيوية الإجمالية (CVF) بين 15% و 95% من القدرة المتوقعة، أو الحجم الزفير الإجمالي (VEF) بين 14% و 95% من الحجم المتوقع. الفئة الرابعة - القدرة الحيوية الإجمالية (CVF) أقل من أو تساوي 05% من القدرة المتوقعة، أو الحجم الزفير الإجمالي (VEF) أقل من أو يساوي 04% من الحجم المتوقع.
- الفئة 7 - الأمراض القلبية تنتج عن مرض القلب الوعائي ويدفع الأشخاص لإظهار التحديد العملي للنشاط البدني في الفئة الثالثة أو الرابعة الوظيفية.
- الفئة 8 - غسيل الكلى: يتطلب استخدام جهاز غسيل الكلى
- الفئة 9 - الإعاقات البصرية: تؤدي إلى ظهور تخيل في العين الجيدة بعد أفضل تصحيح، الذي يكون 002/02 أو أقل، أو تلك الأفراد الذين يكون مجال رؤيتهم متقلص (يُعرف عموماً برؤية نفقية): (أ) إلى 01 درجات أو أقل من نقطة الثبات؛ أو (ب) لذا القطر الأعرض اتساعاً يقابل زاوية ليست أكبر من 02 درجة، و (ج) الأشخاص غير القادرين على قراءة إشارات أو رموز المعلومات لأسباب لغوية أخرى.
- الفئة 10 الإعاقات السمعية: ترجع إلى الضم أو العجز عن السمع الذي يجعل من المستحيل الاتصال أو سماع إشارات التحذير، حيث يكون فقدان السمع 70 ديسبل أو أعلى في نطاقات 500، 1000، و 2000 هرتز.
- الفئة 11 - إعاقات عدم التنسيق: يسبب التناسق الخاطئ أو شلل من المخ، أو ضرر عصبي فقري أو محيطي، بما في ذلك الضرر العصبي الوظيفي و/أو العجز الحركي الوظيفي في أي من الطرفين أو الذي يحدث بشكل ملحوظ من الحركة أو التناسق أو الإدراك غير مبرر في الفئات السابقة.
- الفئة 12 - التخلف العقلي: ينتج عن تخلف عقلي في الوظائف العقلية العامة ينشأ أثناء فترة التطور أو من المرض أو حادثة فيما بعد في الحياة، ويرتبط بسلوك معدل لذوي الإعاقات.
- الفئة 13 - الشلل الدماغي: ينشأ منذ الولادة أو الطفولة المبكرة أو ينتج عن المرض أو الحادثة غير تقدمية. ويظهر على المعاقين بهذا الشلل تدهور أو اضطرابات للوظائف الحركية (الشلل، والضعف، وعدم التناسق) و/أو ضرر المخ العضوي، مثل الاضطرابات الحسية، والنوبات الدماغية، والتخلف العقلي، وصعوبة التعلم، والاضطرابات السلوكية.
- الفئة 14 - الصرع (الاضطراب التشنجي): عبارة عن اضطراب سريري يتضمن ضعف الوعي، ويتميز بالنوبات الدماغية.
- الفئة 15 - الذاتية الطفولية: تحدث أثناء فترة الطفولة، وتتكون من الامتناع، والعلاقات الاجتماعية غير الملائمة للغاية، واضطراب لغة التحدث، والسلوك الحركي المتكرر بشكلٍ رتيب. وقد ينتج عنه أيضاً الوظائف العقلية العامة المعاقة، والامتناع الشديد، والاستجابة غير المناسبة للمثيرات الخارجية.
- الفئة 16 - إعاقة للجهاز العصبي: يتم وصف هذه الإعاقة باضطرابات في التعلم، و/أو الإدراك، و/أو الاضطرابات السلوكية في الفرد الذي تكون نسبة ذكائه ليست أقل من اثنين من الانحرافات المعيارية أسفل المعدل الطبيعي، وينتج عن هذه الإعاقة الخلل الوظيفي في المخ (أي اضطراب في التعلم باستخدام الحواس)، أو اضطراب الجهاز العصبي، أو أي تلف في الجهاز العصبي المركزي، بصرف النظر عن الأسباب. وتتضمن هذه الفئة المتقدمين الذين يعانون من مشكلات حادة في المشية الذين يعتبرون مقيدون في الحركة.
- الفئة 17 - الاضطرابات العقلية: الأفراد الذين تحد إعاقاتهم العقلية من أحد أنشطة الحياة الرئيسية أو أكثر. وتتضمن هذه الفئة عدم القدرة على التعلم أو العمل أو الاعتناء بالنفس. يتطلب التشخيص الرئيسي من تصنيف MSD الرابع في إحدى المناطق التالية الأهلية: الاضطرابات العقلية العضوية، واضطرابات الانفصامية، واضطراب جنون العظمة، والاضطراب الذهاني غير المصنف في أي مكان، والاضطرابات الوجدانية، والاضطراب الجسماني، والاضطرابات التفارقية، واضطرابات الأحكام، والعوامل النفسية التي تؤثر في العوامل الجسدية، ومتلازمة الإجهاد مع بعد الإصابة. يجب أن تكون هذه التشخيصات في مستويات الفئة الثالثة إلى الفئة الخامسة كما يلي:
  - الفئة 3 - الإعاقة المعتدلة. المستويات المتوقعة مع بعض، وليس كل، الوظائف المفيدة.
  - الفئة 4 - الإعاقة المحفوظة. تعوق المستويات الوظائف المفيدة بشكل ملحوظ.
  - الفئة 5 - الإعاقة القصوى. تمنع المستويات الوظائف المفيدة.

(ملاحظة: إذا كان اضطراب مقدم الطلب في وضع استرخاء، أو الإعاقة الرئيسية تمثل إدمان حاد أو مزمن للكحوليات أو المخدرات، فسيتم استبعاده من أهلية الحصول على الأجر منخفضة التكلفة).

الفئة 18 - اضطرابات الإضعاف التقدمي المزمن: ينتج عن أمراض الإضعاف المزمنة والتقدمية التي يتم تمييزها من خلال الأعراض البنائية، مثل التعب، والضعف، وفقدان الوزن، والألم، والتغيرات في الحالة العقلية التي تتداخل في أنشطة الحياة اليومية، وتعوق الحركة بشكل ملحوظ.

الفئة 19 - الإعاقات المتعددة: قد تتضمن هذه الفئة - على سبيل المثال لا الحصر - الأشخاص المعاقين من خلال المؤثرات المدمجة لأكثر من إعاقة، بما في ذلك تلك المؤثرات المرتبطة بالعمى. قد لا تكون الإعاقات الفردية نفسها شديدة بشكل كافٍ لتأهيل مقدم الطلب للحصول على أجر النقل منخفضة التكلفة؛ ومع ذلك قد تؤثر المؤثرات المدمجة للإعاقات الفرد لهذا البرنامج.



## القسم 2 التصريح الطبي والشهادة الطبية

### التصريح بالاطلاع على البيانات الطبية المطلوب استكمالها من مقدم الطلب

فيما يتعلق بطلبي بخصوص برنامج بطاقة تحقيق الشخصية الفوتوغرافية للمعاقين للحصول على الأجر منخفضة التكلفة من Omnitrans ، أقر بأنني أفوض الدكتور \_\_\_\_\_ للتصريح بالبيانات الطبية أو المعلومات الشخصية الأخرى بخصوص إعاقتي. سيتم حصر المعلومات المصرح بها للتحقق من حالتي كمريض وتحديد فئة إعاقتي. لن يتم استخدام المعلومات المصرح بها إلا لتحديد أهليتي لاستلام بطاقة تحقيق الشخصية الفوتوغرافية للمعاقين للحصول على أجر منخفضة التكلفة. أدرك أنه يحق لي استلام نسخة من هذا التفويض، وأنه بإمكانني إلغاء هذا التفويض في أي وقت. إذا لم يتم الإلغاء مبكرًا، فسيسمح هذا النموذج لأخصائي الرعاية الصحية المعتمد بالتصريح بالمعلومات السابقة إلى Omnitrans خلال فترة تصل إلى 06 يومًا ابتداءً من تاريخ توقيعي.

اسم مقدم الطلب (يُرجى الطباعة): \_\_\_\_\_

توقيع مقدم الطلب: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

(أو وصي مقدم الطلب يكون عمره أقل من 18 عامًا)

**تذكير:** لن تتم معالجة حتى تستلم Omnitrans طلبك المكتمل (المرفق)، وهذه الشهادة (مكتملة بالكامل بواسطة أخصائي الرعاية الصحية)، وصورة بحجم المحفظة، ورسم المعالجة غير القابلة للاسترداد بقيمة دولارين أمريكيين.

### الشهادة الطبية المطلوب استكمالها بواسطة أخصائي الرعاية الصحية فقط

رقم فئة الأهلية (اطلع على المواصفات على الجانب الخلفي من صفحة "ملاحظة للمعتمدين الطبيين"): \_\_\_\_\_  
إذا كانت الفئة رقم 17، يُرجى تقديم رمز DSM (المطلوب): \_\_\_\_\_ والفئة: 1  2  3  4  5

ملاحظة: يتم استبعاد الأشخاص بشكلٍ محدد من الأهلية الذين تعتبر إعاقتهم الوحيدة هي إساءة الاستعمال الحاد والمزمن للكحوليات أو المخدرات، أو السمّنة، أو الحمل

هل هذه الإعاقة دائمة؟  نعم  لا  إذا كانت الإجابة لا، فاذكر مدة الإعاقة (الشهور) \_\_\_\_\_

اسم المُصدّق: \_\_\_\_\_ مجال الممارسة: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_ رقم رخصة ولاية كاليفورنيا: \_\_\_\_\_

المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

الهاتف ( ) : \_\_\_\_\_ الفاكس ( ) : \_\_\_\_\_

أقر بأنني اطّعت على متطلبات الأهلية لبرنامج بطاقة تحقيق الشخصية الفوتوغرافية للمعاقين للحصول على أجر منخفضة التكلفة، وفي رأيي المهني، يعتبر مقدم الطلب المذكور اسمه أعلاه مؤهلاً لاستلام أجر النقل منخفضة التكاليف؛ وذلك بسبب الإعاقة (كما هو موضح أعلاه) التي تحد من قدرته على استخدام وسائل النقل الثابت. أنا على دراية تامة بأنه سيتم الإبلاغ عن أي تزوير للحالة الصحية أو جزء منها إلى إدارة النقل الفيدرالي للمقاضاة إلى أقصى عقوبة بموجب القانون.

توقيع المعتمد الطبي: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_