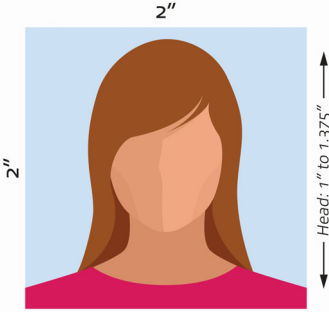




برنامج بطاقات الهوية تحمل صورة فوتوغرافية للمعاقين للتمتع بأجرة مُخفضة عند ركوب الحافلات

حول بطاقة الهوية

يسر Omnitrans أن تطرح بطاقات هوية تحمل صور فوتوغرافية (ID) للأشخاص ذوي الإعاقة. تقدم البطاقة دليلاً سهلاً لإثبات أهلية الأشخاص ذوي الإعاقة للتمتع بتذاكر حافلات مُخفضة وأجرة نقدية مُخفضة. ولكي تحصل على بطاقة هوية تحمل صورة فوتوغرافية لذوي الإعاقة، يتوجب عليك إرسال **جميع** البيانات التالية إلى Omnitrans:



• طلب مُكتمل (مرفق)

• نسخة من أحد وثائق إثبات الإعاقة التالية: *

- إيصال لوحة سيارة مُخصصة لذوي الإعاقة صادر من دائرة المركبات ذات المحركات
- بطاقة الضمان الاجتماعي الخاصة ببرنامج Medicare (الرعاية الطبية) أو خطاب منح التأمين
- خطاب من شؤون المحاربين القدامى يؤكد إعاقة بنسبة 50% أو أكثر

• صورة ملونة لمقدم الطلب (لا يتم استرداد الصور):

— صورة بحجم حافظة اليد

— الرأس والكتفان، كاميرا أمامية (راجع عينات الصور)

— خلفية بلون أبيض عادي (أو فاتح)

— يُمنع ارتداء القبعات أو الأوشحة أو النظارات الشمسية أو عصابات الرأس لتجنب إخفاء الملامح

(ملحوظة: في حالة ارتداء مُقدم الطلب أي غطاء للرأس لأسباب دينية أو ارتداء نظارات بسبب اعتلال الابصار،

يرجى إرسال ملحوظة مع الصورة وسيتم قبولها)

• سيتم استقطاع رسم معالجة الطلب غير قابل للاسترداد بقيمة 2.00 دولار أمريكي (عن طريق شيك أو حوالة مالية تُدفع فقط إلى Omnitrans - لا يتم قبول النقدية)

يرجى ملاحظة ما يلي: بطاقات هوية الأشخاص ذوي الإعاقة التي تحمل صورهم صالحة لمدة تصل إلى خمسة أعوام وتنتهي صلاحيتها بحلول يوم ميلاد حامل البطاقة. جميع المعلومات التي تم تقديمها في طلبك هي معلومات سرية.

* في حالة عدم وجود إثبات أهلية لديك

إذا كان لديك نموذج واحد من نماذج إثبات الإعاقة المُدرجة أعلاه (إيصال من دائرة المركبات ذات المحركات أو بطاقة الضمان الاجتماعي أو خطاب من شؤون المحاربين القدامى، يرجى إكمال الطلب المرفق مع إكمال طبيبك أو أي أخصائي مؤهل يعمل بمجال الرعاية الصحية القسم الثاني (2) من الطلب (المُرفق).

وجهة إرسال طلبك

بمجرد اكتمال تسجيل طلبك، يرجى إرسال جميع الصفحات برفقة صورة بحجم حافظة النقود ورسم معالجة طلبك غير القابل للاسترداد بقيمة 2.00 دولار أمريكي إلى العنوان التالي. تذكر ألا ترسل وثائق إثبات الأهلية الأصلية أو النقود.

Omnitrans

عناية: خدمات النقل الخاصة 1700 W St5 .th

San Bernardino, CA 92411

يرجى ملاحظة ما يلي: بمجرد استلام طلبك المُكتمل، ستتغرق عملية معالجة طلبك ما يقرب من 10 أيام عمل. بمجرد الموافقة على طلبك، سوف يتم إرسال بطاقة الهوية خاصتك إليك عن طريق البريد.

للاطلاع على أي معلومات إضافية أو للإجابة عن أي استفسارات إضافية، يرجى الاتصال بخدمة عملاء Omnitrans على رقم (909) 379-7100.

يجب إكمال هذا الطلب بمعرفة جميع مقدمي الطلبات



طلب بطاقات الهوية للمعاقين للتمتع بأجرة مُخفضة عند ركوب الحافلات

يرجى كتابة جميع المعلومات

الاسم: _____
(الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير)

العنوان: _____
(الرقم، الشارع، رقم الشقة)

الرمز البريدي: _____
المدينة: _____

تاريخ الميلاد: _____
اليوم (الشهر، اليوم، العام)

الهاتف: _____

ضع علامة على الفئة التي تنطبق على طلبك للحصول على بطاقة هوية للتمتع بأجرة مخفضة لركوب الحافلات:

ملحوظة: في حالة وضع علامة على الفئات من 1-3، يجب إرسال نسخة من إثبات الأهلية خاصتك مع هذا الطلب. في حالة وضع علامة على الفئة 4، يجب إرسال نموذج مُكتمل من القسم 2 (المُرفق) مع هذا الطلب.

1. بطاقة الضمان الاجتماعي الخاصة ببرنامج Medicare (الرعاية الطبية) أو خطاب منح التأمين الخاص بالإعاقة
2. بطاقة/إيصال لوحة سيارة مُخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة صادر من دائرة المركبات ذات المحركات
3. خطاب من شؤون المحاربين القدامى يؤكد إعاقة بنسبة 50% أو أكثر
4. العجز الطبي. أكمل نموذج القسم 2 (المُرفق) الخاص بالتصريح الطبي وقدم مجموعة الأوراق الخاصة بهذا الطلب لأخصائي الرعاية الصحية لديك لاستكمالها بناءً على معايير الأهلية.

أقر بموجب عقوبة الحنث باليمين وبموجب قوانين ولاية كاليفورنيا بأن الإجابات التي قدمتها هي إجابات صحيحة.

توقيع مُقدم الطلب _____ التاريخ: _____
(أو الوصي إذا كان عمر مُقدم الطلب دون 18 عامًا)

فضلا لا تنسى إرفاق صورة بحجم حافظة النقود ونسخة من إثبات الأهلية لديك ورسم معالجة طلبك غير القابل للاسترداد بقيمة 2.00 دولار أمريكي مع طلبك. أرسل الطلب عبر البريد إلى:

Omnitrans
عناية: خدمات النقل الخاصة 1700 W St5 .th
San Bernardino, CA 92411

تحتفظ Omnitrans بحق اتخاذ القرار النهائي بشأن أهلية الحصول على بطاقات هوية لتخفيض أجرة الحافلات. هذا الطلب للاستخدام الداخلي فقط ولن يخضع للعرض على الجمهور. من المفهوم أن إصدار بطاقة الهوية لتخفيض أجرة الحافلات يتم لغرض تحديد الهوية عند تقديم خدمات النقل ولا يتم نقله إلى شخص آخر. وفي حالة رفض أي طلب للحصول على بطاقة هوية للتمتع بأجرة مُخفضة لركوب الحافلات، يجوز لمُقدم الطلب إرسال التماس كتابي خلال 14 يومًا من تاريخ الرفض، مع طلب مراجعة الطلب وإعادة النظر فيه.



القسم 2. ملحوظة لجهات الاعتماد الطبي

برنامج Omnitrans لإصدار بطاقات هوية تحمل صورة فوتوغرافية للمعاقين للتمتع بأجرة مُخفضة عند ركوب الحافلات يسمح للأشخاص بتلقي تخفيضات على أجرة ركوب الحافلات والتي يقتضيها قانون الولاية والقانون الفيدرالي. إن المريض الذي طلب منك إكمال النموذج يطلب الحصول على تخفيض.

يرجى مساعدتنا في التأكد من أن الأشخاص المؤهلين فقط سيصبحون معتمدين. يرجى مراجعة شروط الأهلية الموجودة على الجانب الخلفي من هذا النموذج والشروط أدناه قبل إكمال الاعتماد. إذا كانت لديك أي استفسارات، الرجاء الاتصال بـ Omnitrans على رقم: (909) 379-7100.

ملحوظة: لكي يتم اعتماد شخص من ذوي الإعاقة أو لديه عاهة للحصول على بطاقة الهوية لتخفيض أجرة الحافلات من Omnitrans، يجب عليك الموافقة على ما يلي:

- الاعتماد كأشخاص مؤهلين فقط لأولئك الأشخاص الذين يستوفون المعايير المتضمنة في هذا الطلب؛
- توفير تحقق من المعلومات الموجودة في هذا الطلب وحسب الطلب؛
- الحصول على الدرجة المهنية المطلوبة مع الحصول على ترخيص من ولاية كاليفورنيا على النحو التالي:

— يمكن اعتماد الأطباء المرخصين الذين لديهم درجة الدكتوراة في الطب أو الدكتوراة في تقويم العظام ومساعدتي الأطباء المرخصين والمرضيين الممارسين في كافة الفئات التي يرخص لهم فيها بتشخيص الأمراض.

— يمكن اعتماد أخصائيين تقويم العمود الفقري المرخصين في الفئات من 1 - 4 (يرجى الاطلاع على الجانب الخلفي).

— يمكن اعتماد أخصائيين علاج الأقدام لعلاج الإعاقات التي ترتبط بالأقدام في الفئات من 1 - 4 (يرجى الاطلاع على الجانب الخلفي).

— يمكن اعتماد أخصائيين العيون في الفئة 9 (يرجى الاطلاع على الجانب الخلفي).

— يمكن اعتماد أخصائيين السمع في الفئة 10 (يرجى الاطلاع على الجانب الخلفي).

— يمكن اعتماد أخصائيين علم النفس السريري المرخصين وأخصائيين علم النفس التعليمي المرخصين في الفئات 12 و 15 و 16 و 17 (يرجى الاطلاع على الجانب الخلفي).

— يمكن اعتماد أخصائيين السمع المرخصين في الفئة 17 (يرجى الاطلاع على الجانب الخلفي).

سوف يتم التحقق من عنوانك ومعلومات الرخصة الطبية خاصتك (والمطلوبة في كل نموذج من نماذج الطلب) بمعرفة مجلس الترخيصات الطبية بالولاية وإدارة شؤون العملاء بولاية كاليفورنيا.

شكراً لك على جهودك المبذولة لمساعدة Omnitrans في توفير خدمة ذات جودة لجميع عملائها، ولتقديم يد العون من أجل الحفاظ على نزاهة برنامج بطاقات الهوية تحمل صورة فوتوغرافية للمعاقين للتمتع بأجرة مُخفضة عند ركوب الحافلات.

معايير الأهلية لبرنامج بطاقات الهوية للتمتع بأجرة مُخفضة/بطاقات هوية لذوي الإعاقة

يكون مقدمو الطلبات مؤهلين للبرنامج ضمن الفئات التالية في حالة وجود حالات صحية تتضمن ما يلي:

الفئة 1 — إعاقات عدم القدرة على الحركة: حالة تجعل استخدام الكرسي المتحرك للتنقل أمرًا ضروريًا.

الفئة 2 — الوسائل المساعدة على التنقل حالة تجعل السير من دون وسيلة مساعدة أمرًا صعبًا للغاية حيث يتوجب استخدام

وسيلة مساعدة على التنقل.

الفئة 3 — إعتلال عضلي هيكلي (متضمنة التهاب المفاصل): حالة ينتج عنها إعتلال عضلي هيكلي، على سبيل المثال الضمور العضلي أو تكون العظم الناقص أو أي نوع من التهاب المفاصل (مثل التهاب المفاصل الوظيفي من الدرجة الثالثة أو المرحلة التشريحية الثالثة).

الفئة 4 — البتر: حالة ينتج عنها بتر أو تشوه كبير/فقدان وظيفي لـ: (أ) كلا اليدين؛ أو (ب) يد واحدة وقدم واحدة؛ أو (ج) إحدى الساقين أو كلاهما من أعلى منطقة الرصغ.

الفئة 5 — حادثة وعائية دماغية (سكتة): إعاقة يسببها أو ينتج عنها ما يلي: (أ) شلل بصلي كاذب؛ أو (ب) عجز حركي وظيفي بأي من الطرفين؛ أو (ج) رنج يؤثر على الطرفين مع وجود دليل على علامات مخيخية ملائمة أو فقدان الحس العميق لأكثر من أربعة أشهر.

الفئة 5 — أمراض رئوية: توصف على أنها اعتلالات تنفسية من الدرجة الثالثة والرابعة. (الدرجة الثالثة تتراوح السعة الحيوية القسرية بين 51 و59 بالمائة من السعة المتوقعة؛ أو يتراوح الحجم الزفيري القسري بين 41 و59 بالمائة من الحجم المتوقع. الدرجة الرابعة تكون السعة الحيوية القسرية أقل من أو تعادل 50 بالمائة من السعة المتوقعة؛ أو يكون الحجم الزفيري المتوقع أقل من أو يعادل 40 بالمائة من الحجم المتوقع.)

الفئة 7 — الأمراض القلبية: حالات تنتج عن أمراض قلبية وعائية وتسبب ظهور قيود ملحوظة على النشاط البدني للأشخاص وتقع ضمن الفئة الوظيفية الثالثة أو الرابعة.

الفئة 8 — غسيل الكلى: حالة تقتضي استخدام جهاز غسيل الكلى.

الفئة 9 — إعاقات الإبصار: حالة ينتج عنها أن تكون حدة الإبصار في العين الأقوى، بعد أفضل تصحيح، 20/200 أو أقل؛ أو حالة تتضمن هؤلاء الأشخاص الذين يكون مجال إبصارهم مُقرب (والذي يُعرف بشكل عام باسم "الرؤية النقيية"): (أ) يصل مجال الإبصار إلى 10 درجات أو أقل من نقطة التثبيت؛ أو (ب) أن يتلاقى أوسع قطر لمجال الإبصار مع زاوية لا تزيد عن 20 درجة؛ (ج) يكون الشخص غير قادرًا على قراءة اللافتات الإعلامية أو الرموز لأسباب أخرى غير الأسباب المتعلقة بالكلام.

الفئة 10 — إعاقات السمع: وهي إعاقات تعزو إلى الإصابة بالصمم أو العجز السمعي الذي يجعل التواصل أو السمع أمرًا مستحيلًا حيث يكون فقدان السمع 70 ديسيبل أو أكبر في نطاقات 500 و1000 و2000 هيرتز.

الفئة 11 — إعاقات اضطراب التناسق: وهي إعاقات تسبب تناسقًا خاطئًا أو شللاً وتنتج عن إصابة عقلية أو قشرية أو إصابة عصبية طرفية، بما في ذلك الإصابة العصبية الوظيفية و/أو العجز الحركي الوظيفي بأي من الطرفين أو إصابة تحد من القدرة على التنقل أو التناسق الإدراك الحسي بشكل كبير ولا تقع هذه الإصابة ضمن الفئات المذكورة آنفاً.

الفئة 12 — التخلف العقلي: وهي حالة ينتج عنها أداء وظيفي عقلي عام دون المتوسط ينشأ أثناء الفترة التنموية أو ينشأ عن مرض أو حادث يقع لاحقًا في حياة الشخص ويرتبط بسلوك تكيفي ضعيف.

الفئة 13 — الشلل الدماغي: يرجع إلى لحظة الولادة أو الطفولة المبكرة أو ينشأ من مرض لاحق أو وقوع حادث لاحقًا وهو مرض لا تزيد حدته. ويُظهر المصابون بهذا المرض تراجعًا أو انحرافًا ملحوظًا بالأداء الوظيفي (الشلل، الضعف، اضطراب التناسق) و/أو تلفًا عضوي بالمخ مثل اضطرابات الإحساس والنوبات المرضية المفاجئة والتخلف العقلي وصعوبة التعلم والاضطرابات السلوكية.

الفئة 14 — الصرع (الاضطراب الاختلاجي): وهو اضطراب سريري يتضمن اعتلال الوعي يتميز بوجود نوبات مرضية.

الفئة 15 — التوحد الطفولي: عندما يظهر التوحد الطفولي لدى الطفل فإنه ينطوي على الانسحاب وعلاقات اجتماعية غير كافية بالمرءة واضطرابات الكلام وسلوك حركي رتيب ومتكرر. وقد يظهر أيضا أداء وظيفي عقلي عام متدهور وانسحاب شديد واستجابة غير ملائمة للمحفزات الخارجية.

الفئة 16 — قصور الجهاز العصبي: وهو يتميز باضطرابات في التعلم و/أو اضطرابات في الإدراك لدى أحد الأشخاص الذين لا يقل معدل ذكائهم عن انحرافين قياسيين أدنى المعدل الطبيعي، وينشأ قصور الجهاز العصبي عن الاختلالات المخية (وهي أي اضطراب في التعلم باستغلال الحواس) أو الاضطراب العصبي أو أي تلف بالنظام العصبي المركزي بغض النظر عن سببه. وهذه الفئة تتضمن مقدمي الطلبات الذين يعانون من مشاكل حادة تتعلق بالمشي والذين تكون قدرتهم على التنقل مُقيدة.

الفئة 17 — الاضطرابات العقلية: وتشمل هؤلاء الأشخاص الذين يقيد اعتلالهم العقلي بشكل كبير واحد أو أكثر من أنشطتهم الحياتية الرئيسية، ويتضمن هذا عدم القدرة على التعلم أو العمل أو الاعتناء بالنفس. ويُطلب تنفيذ أحد التشخيصات الرئيسية المتضمنة بالتصنيف الرابع الخاص بالدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية للحصول على الأهلية على النحو التالي: الاضطرابات العقلية العضوية واضطرابات الفصام والاضطرابات الزورانية (اضطرابات جنون العظمة) والاضطرابات الذهانية التي لم تُصنف في أي تصنيف واضطرابات الوجدان والاضطراب الجسدي الشكل واضطرابات التوافق والعوامل السيكولوجية المؤثرة على الحالة الصحية وضطراب الكرب التالي للرضح (اضطراب ما بعد الصدمة). ويجب أن تندرج هذه التشخيصات بين الدرجة الثالثة والخامسة على النحو التالي:

• الدرجة 3 - الاعتلال المتوسط. وتتوافق مستوياته مع بعض الوظائف المفيدة وليس جميعها.

• الدرجة 4 - الاعتلال الملحوظ. وتعيق مستوياتها الأداء الوظيفي المفيد بشكل كبير.

• الدرجة 5 - الاعتلال الشديد. وتمنع مستوياتها الأداء الوظيفي المفيد.

(ملحوظة: إذا كان الاضطراب لدى أي مُقدم طلب في حالة انحسار أو إذا كان العجز الرئيسي حادًا أو إذا يعاني من إدمان خُمور مزمن أو مدمنًا للمخدرات، فإنه سيجري استثنائه بوجه خاص من الأهلية للحصول على تخفيض أجرة ركوب الحافلات).

الفئة 18 — الاضطرابات المزمنة المتفاقمة المنهكة: وتنتج هذه الاضطرابات عن أمراض مزمنة ومتفاقمة ومنهكة تميزها أعراض بنوية مثل الإرهاق والضعف وفقدان الوزن والألم وتغيرات تطرأ على الحالة العقلية والتي إذا ما اجتمعت جميعها تعطل أنشطة الحياة اليومية وتعيق القدرة على التنقل بشكل كبير.

الفئة 19 — إعتلالات متعددة: وقد تشمل هذه الفئة، على سبيل المثال لا الحصر، الأشخاص المعاقين بتأثيرات مجتمعة لأكثر من اعتلال واحد بما في ذلك الاعتلالات المرتبطة بالعمى. وقد لا تكون الاعتلالات نفسها حادة بشكل كافٍ نفسها لتؤهل مُقدم الطلب للتمتع بأجرة وسائل نقل مُخفضة، ومع ذلك فإن التأثيرات المجتمعة للإعاقات قد تؤهل الشخص للتمتع بالبرنامج.



القسم 2.

تصريح وشهادة طبية

تصريح بالحصول على معلومات طبية - يتم إكمالها بمعرفة مُقدم الطلب

فيما يتعلق بطبلي للتمتع برنامج Omnitrans لإصدار بطاقات هوية تحمل صورة فوتوغرافية للمعاقين للتمتع بأجرة مُخفضة عند ركوب الحافلات، فإنني أخول بموجبه الدكتور _____ بنشر المعلومات الطبية أو غيرها من المعلومات الشخصية المتعلقة بإعاقتي. وسوف يقتصر استخدام المعلومات المُفصح عنها على التحقق من حالتي كمرضى وتحديد فئة الإعاقة لدي كما سَتستخدم تلك المعلومات فقط لتحديد أهليتي للحصول على بطاقة هوية تحمل صورة فوتوغرافية للمعاقين للتمتع بأجرة مُخفضة عند ركوب الحافلات. وأدرك أنه بحق لي استلام نسخة من هذا الترخيص وأنه يجوز لي إلغاء الترخيص في أي وقت. وما لم يتم إلغاء هذا النموذج مُسبقاً، فإنه سوف يسمح لأخصائي الرعاية الصحية الموثق بإصدار المعلومات الواردة أعلاه إلى Omnitrans خلال فترة تصل إلى 60 يوماً من تاريخ توقيعي.

اسم مُقدم الطلب (يرجى كتابة الاسم): _____

توقيع مُقدم الطلب: _____

التاريخ: _____

(أو الوصي إذا كان عمر مُقدم الطلب دون 18 عاماً)

تذكير: لن تتم معالجة طلبك حتى تستلم Omnitrans طلبك مُكتملاً (على النحو المرفق) وتستلم أيضاً هذه الشهادة (التي يكملها أخصائي الرعاية الصحية المؤهل بالكامل) مع صورة بحجم حافظة اليد ورسم معالجة طلبك غير القابل للاسترداد بقيمة 2.00 دولار أمريكي

الشهادة الصحية - يكملها أخصائي الرعاية الصحية فقط

رقم فئة الأهلية (راجع التوصيفات الموجودة على الجانب الخلفي من صفحة "ملحوظة لجهات الاعتماد الطبي"):

في الفئة 17، يرجى توفير رمز دليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (مطلوب): _____ والدرجات: 5 □ 4 □ 3 □ 2 □ 1 □

ملحوظة: يستثنى من الأهلية على وجه التحديد أولئك الأشخاص الذين يرجع عجزهم الفردي إلى إدمان خمور مزمن أو إدمان المخدرات أو السمّة المفرطة أو الحمل

هل هذه الإعاقة دائمة؟

نعم

لا

في حالة الإجابة بـ "لا"، ما مدة الإعاقة (بالأشهر) _____

اسم جهة الاعتماد: _____

مجال التخصص: _____

العنوان: _____

رقم رخصة ولاية كاليفورنيا: _____

المدينة: _____

الولاية: _____

الرمز البريدي: _____

الهاتف: (_____) _____

الفاكس: (_____) _____

أشهد بموجبه بأنني قد قرأت شروط الأهلية الخاصة ببرنامج Omnitrans لإصدار بطاقات الهوية تحمل صورة فوتوغرافية للمعاقين للتمتع بأجرة مُخفضة عند ركوب الحافلات، ومن خلال تقديري المهني، فإن مُقدم الطلب المذكور اسمه أعلاه مؤهلاً للحصول على أجرة وسائل نقل مُخفضة نظراً لإعاقته (على النحو المذكور أعلاه) والذي يحد من قدرته على استخدام وسيلة نقلت ذات مسار ثابت. وأنا أعي أنه سيتم إبلاغ إدارة النقل الاتحادية عن أي تزوير لحالتي أو أي جزء منها لملاحقتي قضائياً لأقصى عقوبة يسمح بها القانون.

توقيع جهة الاعتماد الطبي: _____

التاريخ: _____