

ADA

ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍການຢັ້ງຢືນການບໍລິການເດີນທາງພິເສດໃຫ້ແກ່ຄົນພິການ ADA

ກົດໝາຍຄົນພິການອາເມຣິກາ (ADA) ຂອງລັດຖະບານກາງຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການບໍລິການຂົນສົ່ງສາທາລະນະທີ່ສາມາດປຽບທຽບໄດ້ (ການບໍລິການພິເສດການເດີນທາງໃຫ້ຜູ້ພິການ RIde) ສໍາລັບຄົນພິການຜູ້ທີ່ຂາດຄວາມສາມາດໃຊ້ລົດເມ RIPTA ຕາມເສັ້ນທາງກໍານົດປົກກະຕິ ເນື່ອງຈາກຄວາມພິການຂອງເຂົາເຈົ້າ.

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າ ທ່ານມີຄວາມພິການ ເຊິ່ງເປັນອຸປະສັກບໍ່ໃຫ້ທ່ານໃຊ້ລົດເມ RIPTA ຕາມປົກກະຕິໄດ້, ກະລຸນາປະກອບໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ ແລະສິ່ງຄົນທາບຸກຄົນຕາມທີ່ຢູ່ລຸ່ມນີ້. ຖ້າພົບວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ, ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການອະນຸມັດສໍາລັບທັງໝົດ, ຫຼືພຽງແຕ່ບາງການເດີນທາງເທົ່ານັ້ນ.

ເປັນເລື່ອງສໍາຄັນທີ່ຈະຕ້ອງໄດ້ບັນທຶກໄວ້ວ່າ ຕ້ອງປະກອບທຸກພາກຂອງໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ໃຫ້ສໍາເລັດ ໂດຍແພດຜູ້ຊໍານານການດູແລສຸຂະພາບ. ທ່ານທີ່ເປັນຜູ້ສະໝັກມີຄວາມຮັບຜິດຊອບຕໍ່ການປະກອບໃບຄໍາຮ້ອງການມີສິດໄດ້ຮັບທັງໝົດນີ້ໃຫ້ສໍາເລັດ. ທ່ານຍັງອາດຈະຕ້ອງໄດ້ປະກອບໃບປະເມີນຜົນຂອງຜູ້ຊໍານານວນງານໃຫ້ສໍາເລັດຢູ່ໃນສະຖານທີ່ທົດສອບຂອງການເລືອກຂອງ RIPTA.

RIPTA ຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບພາຍໃນ 21 ວັນຂອງການໄດ້ຮັບ ໃບຄໍາຮ້ອງສະບັບຄົບຖ້ວນຂອງທ່ານ ກ່ຽວກັບມີການສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບການບໍລິການພິເສດໃຫ້ຜູ້ພິການ ADA.

ສໍາເນົາໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ແມ່ນມີໃຫ້ຢູ່ໃນຮູບແບບທີ່ເຂົ້າຖົງໄດ້ຕາມການຂໍ.

ໝາຍເຫດ: ນີ້ແມ່ນຄ່າທໍານຽມ **\$4.00** ຂອງແຕ່ລະວິທີທາງສໍາລັບການເດີນທາງ RIde ADA ທັງໝົດ. ຖ້າທ່ານສາມາດໃຊ້ລົດເມ RIPTA ປົກກະຕິໄດ້, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 784-9500 ຕໍ່. 604, ເພື່ອສະເໜີຂໍ້ບັດຜ່ານຟຣີ ຫຼືເຄິ່ງຄ່າ.

ສິ່ງໃບຄໍາຮ້ອງທີ່ປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວຫາ:

RIPTA
ຜູ້ປະສານງານ ADA
705 Elmwood Ave.
Providence, Rhode Island 02907

ເບີແຟັກ: (401) 461.8210

ຕ້ອງການຖາມຄໍາຖາມ ADA ກັບຊ່ຽວຊານ? ໂທຫາ (401) 461-9760
TDD RI Relay (800) 745-5555 ຫຼື 711

ພາກທີ I
ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ

ກະລຸນາພິມອອກ

1. ຊື່: _____ ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ: _____ ນາມສະກຸນ: _____

2. ທີ່ຢູ່: _____ ອາພາດເມັ້ນ ເລກທີ _____

3. ເມືອງ: _____ ລັດ: _____ ລະຫັດໄປສະນີ: _____

4. ວັນເດືອນປີເກີດ: _____ ຊາຍ ຍິງ

(ວັນ/ເດືອນ/ປີ)

5. ໂທລະສັບໂທຕອນກາງເວັນ: _____ ມືຖື: _____

6. ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ: _____

7. ທ່ານໃຊ້ໂຄງການ Ride Program ສໍາລັບການເດີນທາງປີນປົວ, ໂພຊະນາການ ຫຼືການດູແລບໍ? _____

8. ຄວາມສາມາດທາງດ້ານພາສາ (ກະລຸນາໝາຍທຸກອັນທີ່ຖືກ)
 ອັງກິດ ສະເປນ ອື່ນໆ (ກະລຸນາລະບຸ) _____

9. ຊື່ຜູ້ຕິດຕໍ່ສຸກເສີນ: _____ ໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ: _____
ໂທລະສັບມືຖື: _____

10. ຄວາມສໍາພັນ: _____ ໂທລະສັບບ້ານ: _____

11. ກະລຸນາອະທິບາຍຄວາມພິການຂອງທ່ານ ແລະອະທິບາຍວ່າ ມັນເປັນອຸປະສັກຕໍ່ທ່ານໃນການໃຊ້
ການບໍລິການລົດເມປົກກະຕິຂອງ RIPTA ແນວໃດ:

12. ສະພາບນີ້ເກີດຂຶ້ນຊົ່ວຄາວບໍ? ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ໄລຍະເວລາຄາດໄວ້ດົນປານໃດ? _____

ພາກທີ I
ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ (ຕໍ່)

13. ມີເງື່ອນໄຂທາງດ້ານສຸຂະພາບ ຫຼືຄວາມພິການອື່ນໃດອີກບໍ່ ທີ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່
ຄວາມສາມາດໃນການໃຊ້ລົດເມຂອງທ່ານ? ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ກະລຸນາອະທິບາຍ: _____

ພາກທີ II
ຂໍ້ມູນການເຄື່ອນໄຫວ

14. ເຄື່ອງຊ່ວຍ ຫຼືອຸປະກອນຊ່ວຍການເຄື່ອນໄຫວອື່ນໃດທີ່ທ່ານໃຊ້ເພື່ອຊ່ວຍທ່ານໄປ
ບ່ອນທີ່ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄປ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ໄມ້ຄ້ອນເທົ້າ | <input type="checkbox"/> ລໍ້ເຂັນດ້ວຍມື | <input type="checkbox"/> ສັດພາທາງ |
| <input type="checkbox"/> ໄມ້ຄ້ອນເທົ້າຂາວ | <input type="checkbox"/> ລົດເຂັນໃຊ້ໄຟ | <input type="checkbox"/> ແຜ່ນຮູບ |
| <input type="checkbox"/> ໄມ້ຄໍ້າຂີ້ແຮ່ຂອງຜູ້ | <input type="checkbox"/> ລົດສະກູດເຕີ/ລໍ້ຊຸກໃຊ້ໄຟ ບໍ່ມີອັນ | <input type="checkbox"/> ແຜ່ນຕົວອັກສອນ |
| <input type="checkbox"/> ຍ່າງ | <input type="checkbox"/> ໃດຂ້າງເທິງ | <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ |

ລໍ້ຊຸກ/ອຸປະກອນເຄື່ອນໄຫວເກີນ 30 x 48 ນິ້ວ ຫຼື 600 ປອນດັບ? _____

15. ການໃຊ້ເຄື່ອງຊ່ວຍເຄື່ອນໄຫວ, ຫຼືດ້ວຍຕົວເອງ, ທ່ານສາມາດຍ່າງໄດ້ຈັກບລັອກຢູ່ໃນ
ພື້ນພຽງ (1 ບລັອກ = 500 ຟຸດ)? ຈຳນວນບລັອກ: _____

16. ທ່ານຕ້ອງໄດ້ມີຜູ້ຕິດຕາມໄປນຳ ຫຼືຜູ້ຊ່ວຍເບິ່ງແຍງບໍ່ ເມື່ອທ່ານເດີນທາງ?
 ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

17. ຄວາມພິການຂອງທ່ານຂັດຂວາງທ່ານບໍ່ໃຫ້ໄປຫາ ຫຼືຈາກປ້າຍລົດເມໃດໜຶ່ງໄດ້ບໍ່?
 ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ກະລຸນາອະທິບາຍ: _____

18. ທ່ານສາມາດປົນຂຶ້ນຂັ້ນໄດສາມຂັ້ນດ້ວຍການໃຊ້ຮາວຂັ້ນໄດໂດຍບໍ່ມີການຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ບໍ່?

ແມ່ນແລ້ວ

ບໍ່ແມ່ນ

ກະລຸນາອະທິບາຍ: _____

19. ຄວາມສາມາດຂອງທ່ານທີ່ຈະເດີນທາງ ຫຼືລໍຖ້າຢູ່ຂ້າງນອກໄດ້ຮັບຜົນກະທົບໂດຍສະພາບອາກາດຮ້ອນເກີນໄປ ຫຼືໜາວເກີນໄປບໍ່?

ແມ່ນແລ້ວ

ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ກະລຸນາອະທິບາຍສະພາບທີ່ທ່ານບໍ່ສາມາດທົນໄດ້?_

20. ທ່ານສາມາດຂຶ້ນ ຫຼືລົງຈາກລົດເມຂົນສົ່ງມາດຕະຖານໃດໜຶ່ງດ້ວຍລິບຕ໌ລໍ້ເຂັນໄດ້ບໍ່?

ແມ່ນແລ້ວ

ບໍ່ແມ່ນ

ຄໍາອະທິບາຍ ຖ້າຈໍາເປັນ: _____

ພາກທີ II

ຂໍ້ມູນການເຄື່ອນໄຫວ (ຕໍ່)

21. ທ່ານສາມາດໄປມາຢ່າງເອກະລາດໂດຍບໍ່ມີການຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ບໍ?

ແມ່ນແລ້ວ

ບໍ່ແມ່ນ

22. ທ່ານສາມາດຂໍ, ເຂົ້າໃຈ ແລະປະຕິບັດຕາມທິດທາງໄປໄດ້ບໍ?

ແມ່ນແລ້ວ

ບໍ່ແມ່ນ

23. ຖ້າໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ມີຜູ້ອື່ນປະກອບໃຫ້ ໂດຍທີ່ບໍ່ແມ່ນຜູ້ສະໝັກປະກອບເອງ, ບຸກຄົນນັ້ນຕ້ອງປະກອບຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ໃສ່:

ຊື່: _____

ທີ່ຢູ່: _____

ເມືອງ: _____ ລັດ: _____ ລະຫັດໄປສະນີ: _____

ເບີໂທລະສັບ: _____

ລາຍເຊັນ: _____ ວັນທີ: _____

**ດຽວນີ້ທ່ານສໍາເລັດການປະກອບພາກຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍໃບຄໍາຮ້ອງຂໍການມີສິດໄດ້ຮັບ
ແລ້ວ. ກະລຸນາເອົາໃບຄໍາຮ້ອງທ້າໝົດໃຫ້ກັບແພດຊ່ຽວຊານດູແລສຸຂະພາບທີ່ຄຸ້ນ
ເຄີຍກັບຂໍ້ຈໍາກັດທາງດ້ານການເຮັດໜ້າທີ່ຂອງທ່ານທີ່ສຸດ.**

ໃນທີ່ນີ້ ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ສິດແກ່ RIPTA ແລະໂຄງການ Ride Program ຂອງມັນ ເພື່ອຮັບເອົາຂໍ້ມູນສຸຂະພາບ ແລະສ່ວນຕົວທີ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງໄວ້ຂອງຂ້ອຍ, ແລະເຮັດການເປີດເສີຍ
ຂໍ້ມູນນີ້ໃຫ້ກັບໜ່ວຍງານທີ່ເໝາະສົມທີ່ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ການຂໍາລະຄໍາການດໍາເນີນການດູແລສຸຂະພາບ, ການປິ່ນປົວ ຫຼືອື່ນໆທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ
ຫຼືຕາມກົດລະບຽບຄວາມຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຮຽກຮ້ອງ ແລະປະຕິບັດຕາມທຸກກົດລະບຽບລັດທະບານກາງກ່ຽວກັບ HIPAA.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ເພື່ອອະນຸຍາດໃຫ້ RIPTA ປະເມີນໃບຄໍາຮ້ອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ມັນອາດຈະມີຄວາມຈໍາເປັນທີ່ຈະຕ້ອງຕິດຕໍ່ຜູ້ຊ່ຽວຊານດູແລສຸຂະພາບ ຜູ້ປະກອບພາກທີ III ຂອງໃບ
ຄໍາຮ້ອງນີ້, ແລະດັ່ງນັ້ນ ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຖືກຮຽກຮ້ອງໃຫ້ປະກອບການປະເມີນຜູ້ຊ່ຽວຊານຢູ່ໃນບ່ອນທົດສອບຂອງການເລືອກຂອງ RIPTA ໄດ້.

ຂ້າພະເຈົ້າຍັງໃຫ້ສິດແກ່ຜູ້ຊ່ຽວຊານດູແລສຸຂະພາບໃຊ້ເລກ Ride ID ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເພື່ອກໍານົດຕາຕະລາງການເດີນທາງ Ride ໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້. ລາຍເຊັນ
ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ລຸ່ມນີ້ຈະເປັນການຍິ່ງຍືນການໃຫ້ສິດນັ້ນ.

ໃນທີ່ນີ້ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຍືນວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະຖືກຕ້ອງ.

ລາຍເຊັນ: _____ ວັນທີ: _____

ພາກທີ III
ການຍືນຍັນຜູ້ຊ່ວຍຊານການດູແລສຸຂະພາບ

ແບບຟອມໃບຄໍາຮ້ອງໃນສ່ວນນີ້ຈະຕ້ອງແມ່ນຜູ້ຊ່ວຍຊານດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ການພື້ນຟູເປັນຜູ້ປະກອບໃສ່, ຕາມປົກກະຕິຈະແມ່ນທ່ານໝໍ ຫຼືພະຍາບານ.

ພາກທີ III ຕັ້ງໃຈຈະບໍ່ເປັນການຍືນຍັນສະພາບທາງການປິ່ນປົວຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ, ແຕ່ ເພື່ອກຳນົດຜົນກະທົບຂອງສະພາບທາງການປິ່ນປົວຢູ່ໃນຄວາມສາມາດຂອງຜູ້ຮ້ອງ ຂໍທີ່ຈະໃຊ້ລົດເມ RIPTA ປົກກະຕິດ້ວຍຕົວລາວເອງ.

ທຸກຄຳຖາມຕ້ອງໄດ້ຕອບໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບ ການພິຈາລະນາວ່າຄົບຖ້ວນ.

ໝາຍເຫດ: ລົດເມ RIPTA ປົກກະຕິແຕ່ລະຄັນແມ່ນມີລິບຕ໌ລົດເຂັນປະກອບຢູ່ນຳ. ນອກຈາກນັ້ນ, ຖ້າຜູ້ຮ້ອງຂໍສາມາດໃຊ້ລົດເມປົກກະຕິໄດ້, ເຂົາເຈົ້າອາດຈະມີສິດໄດ້ ຮັບບັດຜ່ານຂັ້ນລົດເມຟຣີ ຫຼືໃນລາຄາໂດຍສານ 1/2.

24. ຊື່ຜູ້ຮ້ອງຂໍ: _____

25. ຄວາມສາມາດທີ່ທ່ານຮູ້ຈັກຜູ້ຮ້ອງຂໍນີ້: _____

26. ການວິນິໄສທາງການແພດ ຫຼືສະພາບເຮັດໃຫ້ເກີດຄວາມພິການທີ່ເປັນອຸປະສັກໃຫ້ຜູ້ຮ້ອງຂໍ ບໍ່ຂຶ້ນໄປ, ຂຶ້ນສູ່ ແລະ/ຫຼື ຂີ່ຢູ່ເທິງລົດເມ RIPTA ດ້ວຍຕົວລາວເອງໄດ້.

27. ສະພາບເກີດຂຶ້ນຊິ່ວຄາວບໍ່? ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

28. ຜູ້ສະໝັກສາມາດຂີ່ຢູ່ໃນລົດເມ RIPTA ປົກກະຕິໄດ້ບໍ່? _____
ເມື່ອໃດ, ພາຍໃຕ້ສະພາບອັນໃດ? _____

ຖ້າຄໍາຕອບໃດໜຶ່ງຕອບວ່າ “ບໍ່ສາມາດ”, ກະລຸນາອະທິບາຍຂໍ້ຈໍາກັດການເຮັດໜ້າທີ່ຢູ່ໃນໜ້າທີ 8.

29. ຜູ້ຮ້ອງຂໍສາມາດ ຫຼືບໍ່ສາມາດເຮັດກິດຈະກຳຕໍ່ໄປນີ້ໄດ້ບໍ?

(ກ). ສາມາດປົນຂັ້ນໄດ້ 3, 12 ນີ້ຢູ່ເທິງລົດເມ RIPTA ໂດຍບໍ່ມີການຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ບໍ?

ສາມາດ ບໍ່ສາມາດ

(ຂ). ສາມາດໄປຫາ/ອອກຈາກປ້າຍລົດເມ RIPTA ປົກກະຕິໂດຍບໍ່ມີການຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ບໍ?

ສາມາດ ບໍ່ສາມາດ

(ຄ). ສາມາດຂຶ້ນ ຫຼືລົງຈາກລົດເມ RIPTA ມາດຕະຖານໃດໜຶ່ງຢ່າງເປັນເອກະລາດດ້ວຍລິບຕ໌ລີ້ເຂັນໄດ້ບໍ?

ສາມາດ ບໍ່ສາມາດ

(ງ). ຜູ້ຮ້ອງຂໍຕ້ອງໄດ້ມີຜູ້ດູແລ/ຜູ້ໄປນຳບໍ ເມື່ອເດີນທາງ?

ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

30. ຖ້າຜູ້ຮ້ອງຂໍມີຄວາມພິການກ່ຽວກັບການຮັບຮູ້, ຄົນນັ້ນ:

(ກ). ສາມາດອ່ານປ້າຍຂໍ້ມູນ, ຖາມ ຫຼືໄປຕາມທິດທາງໄດ້ບໍ?

ສາມາດ ບໍ່ສາມາດ

(ຂ). ສາມາດໄປມາຢ່າງເອກະລາດໄດ້ບໍ?

ສາມາດ ບໍ່ສາມາດ

ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ກະລຸນາອະທິບາຍ: _____

ຊື່ຜູ້ຊ່ຽວຊານການດູແລສຸຂະພາບ: ຕໍາແໜ່ງຜູ້ _____

31. ຊ່ຽວຊານການດູແລສຸຂະພາບ: _____

ທີ່ຢູ່ຫ້ອງການ: _____

ເມືອງ: _____ ລັດ: _____ ລະຫັດໄປສະນີ: _____

ເບີໂທລະສັບຫ້ອງການ: _____ ແຟັກ: _____

ລາຍເຊັນ: _____ ວັນທີ: _____

ຄໍາເຫັນເພີ່ມເຕີມ

ອົງການຂົນສົ່ງສາທາລະນະເກາະຮອດ

ສິ່ງເຖິງ: ຜູ້ປະສານງານ ADA

705 Elmwood Ave.

Providence, RI 02907