



## ĐƠN XIN PLUS VÀ CÔNG BỐ THÔNG TIN Y TẾ

Tính đủ điều kiện đăng ký PLUS dựa trên các tiêu chí và nguyên tắc được quy định trong Đạo luật Người Mỹ Khuyết tật năm 1990 (ADA) cũng như các quy tắc và quyết định của Cơ quan Quản lý Vận chuyển Liên bang liên quan đến vận chuyển người khuyết tật. Để được xác định đủ điều kiện đăng ký PLUS, người đó phải là người khuyết tật hoặc tình trạng sức khỏe khiến họ không thể sử dụng độc lập hệ thống xe buýt tuyến cố định thông thường trong hầu hết thời gian. Toàn bộ đơn này phải được điền đầy đủ bởi người nộp đơn (hoặc người nào đó hỗ trợ người nộp đơn). Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi, đơn không hoàn chỉnh sẽ được trả lại cho người nộp đơn mà không cần xử lý. **Gửi trả về: EMBARK, 2000 South May Avenue, Okla. City, Oklahoma 73108, fax 405-316-2372, hoặc gửi email tới [mobilitymanagement@okc.gov](mailto:mobilitymanagement@okc.gov)**

### Phần – A (Hoàn thành tất cả các câu hỏi): VUI LÒNG VIẾT CHỮ IN

Tên (Tên, Tên đệm, Họ); \_\_\_\_\_

Ngày Sinh: \_\_\_\_\_ Giới tính:  Nữ  Nam

Địa chỉ nhà: \_\_\_\_\_ Căn hộ Số \_\_\_\_\_

Thành phố, Tiểu bang và Mã Bưu chính: \_\_\_\_\_

Giao lộ Chính Gần nhất: \_\_\_\_\_ Điện thoại Nhà: \_\_\_\_\_

Tên Cơ sở/Căn hộ: \_\_\_\_\_ Điện thoại Di động: \_\_\_\_\_

Địa chỉ Email: \_\_\_\_\_ Điện thoại Nơi làm việc: \_\_\_\_\_

Liên hệ Khẩn cấp (Bắt buộc); \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với Người nộp đơn: \_\_\_\_\_ Số thay thế: \_\_\_\_\_

1. Tình trạng khuyết tật của quý vị là gì (đánh dấu vào tất cả các mục phù hợp và cung cấp mô tả chi tiết)?

Khuyết tật về thể chất

Khiếm thị/mù lòa

Khiếm thính

Khuyết tật phát triển

Bệnh tâm thần

Khác

Vui lòng mô tả chi tiết hơn các mục đã đánh dấu ở trên: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Có bất kỳ khuyết tật nào được liệt kê là vĩnh viễn không?  Có  Không Nếu có, hãy liệt kê tình trạng?

Nếu không, thời gian khuyết tật dự kiến là bao lâu? \_\_\_\_\_ số tuần \_\_\_\_\_ số tháng

2. Quý vị có cần Người Chăm sóc Cá nhân khi đi khỏi nhà không? (Đánh dấu một lựa chọn)

Có, trong tất cả các chuyến đi  Đôi khi, trong một số loại chuyến đi

Không

3. Vui lòng đánh dấu tất cả các thiết bị hỗ trợ dưới đây mà quý vị có thể sử dụng khi đi lại:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Xe lăn tay                  | <input type="checkbox"/> Xe lăn điện       | <input type="checkbox"/> Xe Scooter điện |
| <input type="checkbox"/> Động vật phục vụ            | <input type="checkbox"/> Giá đỡ/Gậy trắng  | <input type="checkbox"/> Khung tập đi    |
| <input type="checkbox"/> Thiết bị giao tiếp          | <input type="checkbox"/> Bình oxy xách tay | <input type="checkbox"/> Nạng/Nẹp        |
| <input type="checkbox"/> Khác (Vui lòng mô tả) _____ |  |  |

4. Nếu quý vị sử dụng xe lăn hoặc xe scooter thì xe có chiều rộng hơn 30 inch, chiều dài hơn 48 inch hay trọng lượng khi ngồi của thiết bị hơn 800 pound không?  Có  Không  Không áp dụng

5. Nơi ở của quý vị có đường dốc dành cho xe lăn an toàn và tiện dụng không?  Có  Không

**Các câu hỏi dưới đây sẽ giúp chúng tôi đánh giá đơn xin của quý vị và hiểu được khả năng chức năng của quý vị. Suy nghĩ về từng câu hỏi và xác định xem quý vị có thể thực hiện các nhiệm vụ đã liệt kê một cách phù hợp với mức độ nỗ lực và rủi ro hợp lý hay không.**

**Tất cả các câu trả lời *Đôi khi* phải có lời giải thích.**

6. Quý vị có khả năng xem, đọc, hiểu và sử dụng lịch trình xe buýt cần thiết để hoàn thành chuyến đi không (Câu hỏi này không đề cập đến việc quý vị không thành thạo với tiếng Anh)?

- Có  Đôi khi  Không GIẢI THÍCH: \_\_\_\_\_
- 

7. Quý vị có thể đi bộ hoặc sử dụng thiết bị di động để đến các trạm xe buýt nếu có lề đường, bãi cỏ, hoặc mặt đất không bằng phẳng không?

- Có  Đôi khi  Không GIẢI THÍCH: \_\_\_\_\_
- 

8. Quý vị có thể đợi 15 đến 30 phút tại trạm xe buýt hoặc Trung tâm Vận chuyển không?

- Có  Đôi khi  Không GIẢI THÍCH: \_\_\_\_\_
- 

9. Quý vị có thể băng qua đường và giao lộ một cách an toàn dù có hay không có đèn giao thông không?

- Có  Đôi khi  Không GIẢI THÍCH: \_\_\_\_\_
- 

10. Quý vị có thể giao tiếp với tài xế xe buýt để nhận thông tin cần thiết để hoàn thành chuyến đi của mình không?

- Có  Đôi khi  Không GIẢI THÍCH: \_\_\_\_\_
- 

11. Quý vị có thể lên và xuống xe buýt bằng đường dốc dành cho xe lăn không?

- Có  Đôi khi  Không GIẢI THÍCH: \_\_\_\_\_
-

12. Quý vị có thể xác định khi nào xe buýt đến trạm đã định của mình không?

Có       Đôi khi       Không      GIẢI THÍCH: \_\_\_\_\_

---

13. Quý vị có mang theo điện thoại di động hoặc quý vị có khả năng liên lạc để nhận được sự trợ giúp trong trường hợp khẩn cấp tại trạm xe buýt hoặc khi đang di chuyển đến/từ trạm xe buýt không?

Có       Đôi khi       Không      GIẢI THÍCH: \_\_\_\_\_

---

14. Quý vị có thể giữ thăng bằng và chịu được chuyển động của xe buýt khi ngồi vào ghế không?

Có       Đôi khi       Không      GIẢI THÍCH: \_\_\_\_\_

---

### Thỏa thuận và Ủy quyền

Tôi xác nhận rằng thông tin được cung cấp trong đơn này là chính xác và đúng đắn. Tôi ủy quyền tiết lộ thông tin về khả năng chẩn đoán và chức năng cho EMBARK với mục đích duy nhất là đưa ra quyết định về tính đủ điều kiện của tôi đối với dịch vụ vận chuyển người khuyết tật EMBARK Plus. Tôi hiểu rằng mọi thông tin cá nhân và y tế sẽ được bảo mật và việc cố ý cung cấp thông tin sai lệch hoặc gây hiểu lầm có thể là cơ sở cho việc từ chối các dịch vụ và quyền lợi từ EMBARK.

Nếu được chấp thuận đối với dịch vụ vận chuyển người khuyết tật EMBARK Plus, tôi đồng ý tuân theo các quy tắc và nguyên tắc dịch vụ do EMBARK thiết lập và thông báo ngay cho EMBARK về bất kỳ thay đổi nào đối với nơi cư trú, số điện thoại, thông tin liên lạc khẩn cấp của tôi và bất kỳ thay đổi quan trọng nào về tình trạng của tôi vốn có thể ảnh hưởng đến mức độ di chuyển hoặc đủ điều kiện đối với các dịch vụ vận chuyển người khuyết tật EMBARK Plus. Tôi hiểu rằng việc không tuân theo các quy trình của Hướng dẫn Sử dụng EMBARK Plus, việc không tuân thủ *Quy tắc Ứng xử cũng như Chính sách và Thủ tục về Loại trừ Vận chuyển* của EMBARK, hoặc nếu bất cứ lúc nào tình trạng của tôi có thể đe dọa trực tiếp đến sức khỏe hoặc sự an toàn của người khác có thể dẫn đến việc đình chỉ và/hoặc chấm dứt các dịch vụ hoặc quyền lợi.

Chữ ký người nộp đơn: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Nếu đơn này được điền bởi một người nào đó không phải là người yêu cầu chứng nhận đủ điều kiện EMBARK Plus, thì phải điền những thông tin sau đây:

Tên: \_\_\_\_\_ Mỗi quan hệ với Người nộp đơn: \_\_\_\_\_

Địa chỉ gửi thư: \_\_\_\_\_

Số điện thoại ban ngày: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

**Làm cách nào để biết đơn của tôi đã được chấp thuận hay chưa?** Sau khi nhận được đơn của quý vị, chúng tôi sẽ gửi bản fax công bố thông tin y tế đến bác sĩ của quý vị để biết thông tin về tình trạng khuyết tật của quý vị. Sau khi chúng tôi nhận được thông tin y tế của quý vị, chúng tôi sẽ đánh giá đơn của quý vị và thông báo cho quý vị về quyết định đủ điều kiện của quý vị trong vòng 21 ngày. Nếu đủ điều kiện, quý vị sẽ nhận được Hướng dẫn Sử dụng EMBARK Plus có thông tin về cách lên lịch đi xe. Nếu quý vị bị phát hiện không đủ điều kiện, quý vị sẽ nhận được thông tin về quyền khiếu nại quyết định và các hướng dẫn nộp đơn khiếu nại về tính đủ điều kiện. Nếu quý vị chưa nhận được thư xác định đủ điều kiện trong vòng 21 ngày, hãy gọi cho chúng tôi theo số 405-297-2372.

---

## ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ

Là một phần của quyết định đủ điều kiện vận chuyển người khuyết tật của quý vị, EMBARK sẽ liên hệ với bác sĩ hiện tại của quý vị để biết thông tin về tình trạng sức khỏe và khả năng chức năng của quý vị. Vui lòng liệt kê bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép nắm rõ nhất tình trạng của quý vị. Tất cả thông tin nhận được sẽ được bảo mật và chỉ được sử dụng bởi nhân viên EMBARK Plus để xác định tính đủ điều kiện của quý vị đối với Dịch vụ Vận chuyển Người khuyết tật ADA. Việc từ chối cung cấp bản công bố này sẽ ngăn EMBARK hoàn thành việc xác định tính đủ điều kiện của quý vị và sẽ dẫn đến việc từ chối đơn của quý vị.

### **EMBARK KHÔNG TRẢ TIỀN CHO THÔNG TIN Y TẾ HOẶC PHÍ**

#### **ĐIỀN VÀO BIỂU MẪU**

Vui lòng viết chữ in và điền tất cả các chỗ trống

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Họ bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Địa chỉ đường phố của bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã bưu chính: \_\_\_\_\_

Số điện thoại nhà của bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Điện thoại di động: \_\_\_\_\_

Tên Bác sĩ: \_\_\_\_\_

Tên Văn phòng/Nhóm Hành nghề: \_\_\_\_\_

Địa chỉ đường phố: \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã bưu chính: \_\_\_\_\_

Số điện thoại: \_\_\_\_\_ Số Fax: \_\_\_\_\_

Thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ theo sự ủy quyền này có thể bị người nhận tiết lộ lại và còn được bảo vệ bởi Quy định về Quyền riêng tư.

#### **CHỨNG NHẬN VÀ ỦY QUYỀN**

Tôi hiểu rằng việc làm sai lệch thông tin có thể dẫn đến bị từ chối dịch vụ EMBARK Plus. Tôi ủy quyền cho chuyên gia y tế được cấp phép nêu trên tiết lộ cho EMBARK Plus thông tin về tình trạng khuyết tật của tôi và sự ảnh hưởng của nó đối với khả năng chức năng của tôi khi đi xe buýt tuyến cố định. Trừ khi bị hủy bỏ trước đó bằng văn bản, biểu mẫu này cho phép chuyên gia đã nêu tiết lộ thông tin cho EMBARK tối đa một năm kể từ ngày dưới đây.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký người nộp đơn Ngày \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tên viết bằng chữ in

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của người hỗ trợ người nộp đơn (nếu có) Mối quan hệ với Người nộp đơn