



TRANSIT DISTRICT MEMBERS

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

Chương trình MST RIDES

Đơn đăng ký sử dụng dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật theo ADA (Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật)

Để đáp lại sự quan tâm của quý vị đối với Chương trình MST RIDES, chúng tôi cung cấp bộ đơn đăng ký để quý vị xem xét. Chương trình RIDES cung cấp dịch vụ vận chuyển chuyên dụng dành cho những người khuyết tật khi tình trạng khuyết tật cản trở họ sử dụng các dịch vụ theo lộ trình cố định MST. Chương trình nghiêm túc tuân theo các quy tắc của Cơ quan quản lý vận chuyển liên bang (FTA, Federal Transit Administration) quản lý việc xác nhận những người nộp đơn đăng ký sử dụng dịch vụ vận chuyển cho người khuyết tật theo ADA.

MST cũng duy trì một Chương trình Thẻ ưu đãi (Courtesy Card Program) dành cho người lớn tuổi và người khuyết tật không đáp ứng các tiêu chuẩn của Chương trình MST RIDES, nhưng vẫn có thể sử dụng vé giá giảm cho các dịch vụ có lộ trình cố định. MST cũng có phiếu taxi dành cho người lớn tuổi, người khuyết tật và cựu chiến binh. Đây không phải là bộ đơn đăng ký tham gia Chương trình Thẻ ưu đãi hoặc phiếu taxi. Nếu quý vị không chắc chắn về việc nộp đơn đăng ký cho chương trình nào, xin hãy liên hệ dịch vụ khách hàng MST theo số 1-888-678-2871 để biết thêm thông tin.

Sau đây là danh sách kiểm tra mà quý vị phải nộp để tham gia Chương trình MST RIDES:

✓ Nếu quý vị là người làm đơn, vui lòng điền đầy đủ Phần I trong mẫu *Thông tin liên hệ*. Vui lòng thực hiện theo hướng dẫn cho Phần II nếu quý vị điền đầy đủ và nộp mẫu thay mặt cho người làm đơn.

✓ Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ cần điền vào mẫu *Xác minh chuyên môn* để xác minh những hạn chế liên quan đến tình trạng khuyết tật của quý vị. Người này phải là chuyên viên chăm sóc sức khỏe được cấp phép tại Tiểu bang California và đã qua đào tạo cũng như có chuyên môn cần thiết để đánh giá chính xác những khả năng và giới hạn của quý vị. Chúng tôi không yêu cầu thông tin chẩn đoán hoặc thông tin y tế, mà chỉ cần những thông tin về việc quý vị có khả năng hoặc không có khả năng lên xuống xe và sử dụng xe buýt MST mà xe lăn có thể lên xuống cũng như khả năng quý vị định hướng được hệ thống xe buýt MST.

✓ Nộp lại đơn gốc kèm theo cả hai biểu mẫu đã điền đầy đủ và ký tên, để ngày bằng mực xanh dương hoặc mực đen gửi đến MST RIDES Program, 15 Lincoln Ave, Salinas, CA 93901. Những mẫu đơn chưa điền đầy đủ sẽ được trả lại người làm đơn và sẽ trì hoãn việc xác định điều kiện hội đủ tham gia chương trình.



1-888-678-2871 / Free language assistance / Asistencia de Lenguaje Gratuito / Libreng tulong para sa wika / Hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí / 무료 언어 지원

Sau khi nhận được và xem xét biểu mẫu kết hợp *Thông tin liên hệ* và *Xác minh chuyên môn* đã điền đầy đủ, nhân viên MST sẽ liên lạc với quý vị để xếp lịch phỏng vấn trực tiếp. Tất cả các cuộc phỏng vấn đều được tổ chức tại Mobility Services Center, 15 Lincoln Ave, Salinas, CA 93901. MST sẽ cung cấp miễn phí dịch vụ đưa đón đến buổi phỏng vấn theo yêu cầu của quý vị.

Vào ngày phỏng vấn, xin hãy mặc trang phục thích hợp với điều kiện thời tiết, có thể cần thực hiện đánh giá chức năng liên quan đến việc đi bộ một đoạn ngắn. Đem theo thẻ nhận dạng có hình và bất kỳ thiết bị di động nào mà quý vị sẽ cần trong khi đi lại bằng phương tiện công cộng. Quý vị cũng có thể đưa một người khác theo để hỗ trợ cho mình trong khi phỏng vấn và đánh giá.

Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 831-264-5869 để trao đổi với Chuyên gia về khả năng di chuyển nếu quý vị có câu hỏi nào khác về quy trình nộp đơn tham gia Chương Trình MST RIDES.

Xin cảm ơn,
Văn phòng về điều kiện hội đủ MST RIDES

Mẫu Thông tin liên hệ

(Vui lòng viết rõ ràng hoặc đánh máy Thông tin liên hệ của người làm đơn sau đây)

Phần I: Thông tin liên hệ của người làm đơn

Họ tên:		
Địa chỉ cư ngụ:		Căn hộ số:
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã zip:
Địa chỉ gửi thư (nếu khác):		Căn hộ số:
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã zip:
Ngày sinh: / /	← Ví dụ: 01/01/1960 Giới tính: Nam ☐ Nữ ☐	
Điện thoại: ()		Điện thoại di động: ()
Địa chỉ email:		
Ngôn ngữ ưu tiên khi phỏng vấn: ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Khác:		
Tên của người liên lạc khẩn cấp (hoặc viết "không"):		
Mối quan hệ:	Điện thoại liên lạc: ()	

Chữ ký của người làm đơn: _____ Ngày: ____ / ____ / ____

Phần II: Thông tin người đại diện của người làm đơn

- Nếu quý vị điền đơn này thay mặt cho người làm đơn dưới 18 tuổi, vui lòng điền đầy đủ phần dưới đây; hoặc
- Nếu quý vị điền đơn này thay mặt người làm đơn từ 18 tuổi trở lên, vui lòng điền đầy đủ phần dưới đây và gửi kèm bản sao (các) hồ sơ nêu rõ rằng quý vị có thẩm quyền hợp pháp để hành động thay mặt người làm đơn khi nộp đơn, ghi danh, tham gia Chương trình MST RIDES. Nếu điều này không áp dụng, vui lòng chỉ đề nghị người làm đơn ký tên và để ngày ở trên.

Tên của người đại diện:	
Mối quan hệ:	Điện thoại liên lạc: ()

Chữ ký của người đại diện: _____ Ngày: ____ / ____ / ____



1-888-678-2871 / Free language assistance / Asistencia de Lenguaje Gratuito / Libreng tulong para sa wika / Hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí / 무료 언어 지원

**Gửi hồ sơ bản gốc qua đường bưu điện đến MST ADA Paratransit Service tại địa chỉ
15 Lincoln Ave. Salinas, CA 93901**

MST RIDES Program ADA Paratransit Application
Professional Verification Form

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

PLEASE LEGIBLY WRITE OR TYPE ALL RESPONSES (EXCEPT SIGNATURE)

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 REGARDING THE APPLICANT'S LIMITATIONS			
Applicant's Full Name: _____			
☐ Applicant can only stand for _____ minutes at a time before he/she needs to sit.			
☐ Applicant can only walk for _____ minutes before he/she needs to rest.			
☐ Applicant can only walk <u>up</u> a street grade less than _____ %.			
☐ Applicant can only walk <u>down</u> a street grade less than _____ %.			
☐ 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>			
☐ 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. 			
☐ 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) ☐ Permanent ☐ 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.

Provider Signature: _____ Date ____/____/____

Mail Completed Application to MST ADA Paratransit Service at 15 Lincoln Ave. Salinas, CA 93901