



**CATS  
ADA  
अर्हता आवेदन-पत्र**

प्रिंट फॉर्म

प्रिय आवेदक:

शार्लोट एरिया ट्रांज़िट सिस्टम (CATS) ADA पैराट्रांज़िट अर्हता के आवेदन के बारे में पूछने के किये आपका धन्यवाद। यह आवेदन-पत्र CATS पैराट्रांज़िट सेवा से यात्रा करने की अनुमति के आवेदन या नवीकरण के लिए है।

**आवेदन पत्र भरने से पहले कृपया इन संलग्न सामग्रियों को ध्यान से पढ़ें।**

CATS पैराट्रांज़िट सेवा ऐसे लोगों के लिए है जो किसी असमर्थता के कारण नियमित रूट वाली बस या रेल सेवाओं का इस्तेमाल नहीं कर सकते। निश्चित मार्ग की बस सेवा का उपयोग करने की असमर्थता में बस स्टॉप तक आने या जाने, बसों में चढ़ने या उतरने या बस प्रणाली की सवारी करने और उपयोग करने के तरीके को समझने में असमर्थ होना शामिल हो सकता है।

जो लोग ADA पैराट्रांज़िट सेवा के योग्य माने जाते हैं, उन्हें निश्चित मार्ग की बस या रेल सेवा द्वारा न किये जा सकने वाले ट्रिप्स के लिए CATS कर्ब-टु-कर्ब शैयर्ड राइड सेवा उपलब्ध कराता है। उदाहरण के लिए, यदि बस स्टॉप नजदीक है और ऐसी कोई बाधा नहीं है जो आपको बस तक आने और उसमें चढ़ने उतरने से रोकती है तो आप कुछ यात्राओं के लिए बस सेवा का उपयोग करने में सक्षम हो सकते हैं। अन्य स्थितियों में, आप शायद बसों तक आने और उनका उपयोग करने में सक्षम नहीं हो सकते हैं।

अर्हता की 5 श्रेणियाँ हैं:

*बिना शर्त:*

इस सेवा स्तर में कोई प्रतिबंध नहीं है कि यात्री के लिए कब और क्यों ट्रिप की व्यवस्था की जानी है। यह स्तर उनके लिए आरक्षित है जो किसी भी हाल में निश्चित/रेल प्रणाली का इस्तेमाल नहीं कर सकते। स्थायी या अस्थायी प्रमाण-पत्र से व्यवस्था किये जाने वाले ट्रिप्स की संख्या या कारणों पर कोई असर नहीं पड़ेगा।

**1. बिना शर्त - अस्थायी**

इस प्रमाणन स्तर में, यात्री की समर्थताओं के आधार पर ज़्यादा बार मूल्यांकन कराने और प्रमाण-पत्र की ज़रूरत पड़ेगी।

**2. बिना शर्त - स्थायी**

यह प्रमाणन स्तर उन लोगों के लिए है जिनकी स्थिति में सुधार नहीं हो सकता।

**सशर्त**

यह सेवा स्तर उन लोगों के लिए है, जो कभी-कभी निश्चित/रेल सेवाओं का इस्तेमाल कर सकते हैं। यात्री को यात्रा प्रशिक्षण दिया जाता है ताकि वह समझ सके कि उसे गंतव्य तक पहुँचने के लिए



**CATS  
ADA  
अर्हता आवेदन-पत्र**

सेवा के निश्चित/रेल खंडों का सही तरीके से इस्तेमाल कैसे करना है। यात्रा प्रशिक्षण की आवश्यकता नहीं है।

**3. सशर्त - अस्थायी**

सेवा का यह स्तर उन लोगों के लिए है जो केवल कुछ आवश्यक पैराट्रांजिट के अलावा निश्चित/रेल प्रणाली का इस्तेमाल कर सकते हैं। यात्री को प्रभावित करने वाली स्थिति में सुधार होने की संभावना है। इस स्तर की अवधि सामान्य से कम समय में समाप्त हो जाती है और दोबारा प्रमाणन की आवश्यकता पड़ती है। ऐसे टिप्स की व्यवस्था करते समय ही समीक्षा की जाती है ताकि सुनिश्चित किया जा सके कि सभी शर्तें पूरी हो रही हैं।

**4. सशर्त - स्थायी**

यात्री समय-समय पर निश्चित/रेल प्रणाली का इस्तेमाल कर सकता है। सीमित स्थिति में सुधार की संभावना नहीं है, या और बिगड़ सकती है।

**5. अयोग्य**

यदि आवेदक को अयोग्य पाया जाता है और सेवा नहीं दी जाती तो उसे पत्र भेजकर इंकार की वजह बतायी जायेगी। पत्र के साथ अपील प्रक्रिया के निर्देश भी भेजे जायेंगे।

इस सेवा के लिए हम आपकी अर्हता का ठीक से निश्चय कर सकें, इसके लिए **कृपया इस आवेदन-पत्र में यथासंभव पूरी और सही जानकारी दें।** प्रश्न उन परिस्थितियों को निर्धारित करने के लिए बनाए गए हैं जिनके तहत आप निश्चित मार्ग या पैराट्रांजिट सेवाओं का उपयोग कर सकते हैं।

यदि आपको आवेदन-पत्र भरने में सहायता की ज़रूरत है या कुछ पूछना है तो कृपया CATS कार्यालय से संपर्क करें। यह पत्रक और आवेदन-पत्र बड़े अक्षरों, अन्य वैकल्पिक भाषाओं और प्रारूपों में भी उपलब्ध है।

जब आप आवेदन का भाग A पूरा कर लें, तो कृपया किसी लाइसेंसशुदा स्वास्थ्यकर्मि या पेशेवर पुनर्वास कर्मि से आवेदन का भाग B पूरा करवायें। **यदि कोई भाग खाली छूटा होगा तो आवेदन आपको वापस कर दिया जाएगा।** आपके द्वारा प्रदान की जाने वाली जानकारी गोपनीय है।

**कृपया इस आवेदन के साथ चिकित्सा दस्तावेज या जानकारी संलग्न न करें। जब आपका साक्षात्कार होगा तब आप चिकित्सा जानकारी अपने साथ ला सकते हैं।**

आपका भरा हुआ आवेदन-पत्र मिलने के कुछ ही दिनों के अंदर आपसे फ़ोन पर संपर्क करके साक्षात्कार और मूल्यांकन का समय तय किया जायेगा ताकि आपकी CATS निश्चित मार्ग सेवा का उपयोग करने की क्षमताओं का पता लगाया जा सके।



**CATS  
ADA  
अर्हता आवेदन-पत्र**

भरा हुआ आवेदन प्राप्ति के 21 दिनों के भीतर संसाधित किया जाएगा। उसके बाद आपको आपकी पात्रता स्थिति के बारे में लिखित में अधिसूचित किया जाएगा। यदि मूल्यांकन और निर्धारण को पूरा करने के लिए अतिरिक्त समय की आवश्यकता होगी, तो आपको अस्थायी पात्रता दी जाएगी।

यदि हम निश्चित करते हैं कि आप CATS निश्चित मार्ग सेवा का उपयोग कर सकते हैं और इसलिए ADA पैराट्रांज़िट के लिए अयोग्य हैं, तो हम आपको इस निर्णय के कारण(णों) की सूचना दे देंगे। आप इस निर्णय के विरुद्ध लिखित रूप में अपील कर सकते हैं। लेकिन, अपील प्रक्रिया के दौरान ADA सेवा उपलब्ध नहीं करायी जायेगी, जब तक कि अपील प्रक्रिया में 30 दिन से अधिक समय न लगा हो।

यह आवेदन-पत्र, आपके स्वास्थ्य प्रदाता द्वारा आवेदन के भाग B को भरने के बाद या तो अंतिम पृष्ठ पर सबमिट बटन दबाकर इलेक्ट्रॉनिक माध्यम से दिया जा सकता है (सबमिट बटन तभी काम करेगा जब सभी आवश्यक क्षेत्र भरे गये होंगे) या ई-मेल किया जा सकता है या प्रिंट करके डाक से भेजा जा सकता है। आवेदन को इस पते पर भेजें:

**CATS पैराट्रांज़िट - अर्हता  
901 North Davidson Street  
Charlotte NC 28206**

आप आवेदन या प्रश्न यहाँ ई-मेल कर सकते हैं:  
[CATSADAEligibility@ci.charlotte.nc.us](mailto:CATSADAEligibility@ci.charlotte.nc.us)



**CATS  
ADA  
अर्हता आवेदन-पत्र**

**भाग A (यह भाग सभी आवेदकों द्वारा भरा जाना अनिवार्य है)**

**आवेदक की जानकारी**

<b>क्या आपने इससे पहले भी अर्हता के लिए आवेदन किया है*?</b> (* -आवश्यक क्षेत्र का संकेत)		<input type="radio"/> हाँ	<input type="radio"/> नहीं	यात्री पहचान ID# [केवल आंतरिक उपयोग के लिए]		
<b>प्रथम नाम*:</b>		<b>मध्य नाम</b>		<b>अंतिम नाम*</b>		<b>उपनाम</b>
<b>घर का पता</b>						
<b>गली*:</b>					<b>मकान /अपार्टमेंट #</b>	
<b>शहर*:</b>		<b>राज्य*:</b>		NC		<b>ज़िप*:</b>
<b>डाक का पता (यदि अलग हो)</b>						
<b>गली:</b>						
<b>शहर:</b>		<b>राज्य:</b>		NC		<b>ज़िप:</b>
<b>*टेलीफोन</b> (इसे प्राथमिक बनायें)		<b>मोबाइल:</b>		<b>होम:</b>		
<b>ईमेल*:</b>						
<b>जनसांख्यिकी</b>						
<b>जन्मतिथि*:</b> (महिना/दिन/वर्ष)					<input type="radio"/> पुरुष	<input type="radio"/> स्त्री
<b>प्राथमिक भाषा*:</b>		<input type="radio"/> अंग्रेज़ी	<input type="radio"/> स्पेनिश	<input type="radio"/> अन्य	अन्य की व्याख्या करें:	
<b>सुलभ प्रारूप:</b>		<input type="checkbox"/> सामान्य	<input type="checkbox"/> बड़े अक्षर	<input type="checkbox"/> अन्य	अन्य की व्याख्या करें:	
		<input type="checkbox"/> ब्रेल	<input type="checkbox"/> ऑडियो टेप या .mp3			
<b>आपातकालीन संपर्क</b>						
<b>नाम*:</b>					<b>संबंध:</b>	
<b>सेल#</b>		<b>होम#</b>		<b>काम#</b>		



**CATS  
ADA  
अर्हता आवेदन-पत्र**

यदि यह आवेदन प्रमाण पत्र का अनुरोध करने वाले आवेदक के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा भरा गया है, तो उस व्यक्ति को निम्नलिखित को भरना होगा:					
नाम:					
पता:	गली:				
	शहर:		राज्य:	NC	ज़िप:
संबंध:			टेलीफोन (दिन):		
एजेंसी:					
हस्ताक्षर:				दिनांक:	

**आपकी अक्षमता के बारे में\***

1.	वह कौन सी अक्षमता या स्वास्थ्य स्थिति है जो आपको निश्चित मार्ग बस प्रणाली का इस्तेमाल करने से रोकती है?	
2.	बतायें कि आपकी अक्षमता किस तरह आपको, अपने बूते पर, निश्चित मार्ग बस का उपयोग नहीं करने देती:	
3.	जो स्थितियाँ आपने बतायी हैं, क्या वे:	<input type="radio"/> स्थायी <input type="radio"/> अस्थायी यदि अस्थायी हैं तो कितने समय के लिए?
4.	क्या आप मेडिकल तौर पर तापमान सहन नहीं कर सकते?	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं तापमान की रेंज:
5.	क्या अन्य मौसम स्थितियाँ (हवा, शाम/अंधेरा और/या चमक) आपकी विकलांगता को प्रभावित करती है?	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं यदि हाँ तो वर्णन करें:
6.	क्या आपको कोई दृष्टि विकार है?	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं यदि हाँ तो वर्णन करें:
7.	क्या आपकी श्वास मौसम या पर्यावरणीय परिस्थितियों से प्रभावित होती है?	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं यदि हाँ तो वर्णन करें:
8.	क्या आपकी अक्षमता की सीमा चिकित्सा उपचार के बाद बदलती है?	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं यदि हाँ तो वर्णन करें:



**CATS  
ADA  
अर्हता आवेदन-पत्र**

**बस स्टॉप तक/से यात्रा करना\***

9.	क्या आप स्वतंत्र रूप से फिक्स्ड-रूट बस स्टॉप, गंतव्यों, स्थानों पर जाने और/या सड़कों को पार करने में सक्षम हैं?	<input type="radio"/> हाँ यदि नहीं तो वर्णन करें:	<input type="radio"/> नहीं
10.	क्या आप अंधेरा होने के बाद स्वतंत्र रूप से यात्रा करने में सक्षम हैं?	<input type="radio"/> हाँ यदि नहीं तो वर्णन करें:	<input type="radio"/> नहीं
11.	क्या आप 400 मीटर (लगभग 4 सॉकर मैदान) तक सुरक्षित और स्वतंत्र रूप से, बिना किसी दूसरे व्यक्ति की मदद के यात्रा कर सकते हैं?	<input type="radio"/> हाँ यदि नहीं तो वर्णन करें:	<input type="radio"/> नहीं
12.	क्या आप 60 मीटर तक सुरक्षित और स्वतंत्र रूप से, बिना किसी दूसरे व्यक्ति की मदद के यात्रा कर सकते हैं?	<input type="radio"/> हाँ यदि नहीं तो वर्णन करें:	<input type="radio"/> नहीं
13.	क्या आप स्वतंत्र रूप से अपने पड़ोस के बस स्टॉप तक जाने और वापस लौटने में सक्षम हैं?	<input type="radio"/> हाँ यदि नहीं तो वर्णन करें:	<input type="radio"/> नहीं
14.	क्या आप निकटतम सार्वजनिक परिवहन स्टॉप तक जाने और वहां से वापस आने में सक्षम हैं?	<input type="radio"/> हाँ यदि नहीं तो वर्णन करें:	<input type="radio"/> नहीं
15.	आप किसी बस के आने का कितनी देर तक इंतज़ार कर सकते हैं (मिनटों में)?		
16.	आप चलने के लिए जिन वस्तुओं की सहायता लेते हैं, कृपया उनकी पहचान करें:		
	<input type="checkbox"/> सहायक छड़ी	<input type="checkbox"/> सचल ऑक्सीजन	
	<input type="checkbox"/> बैसाखी	<input type="checkbox"/> प्रशिक्षित सेवा पशु	
	<input type="checkbox"/> वॉकर	<input type="checkbox"/> संचार उपकरण	
	<input type="checkbox"/> पैर में पहनने की ब्रेसिस	<input type="checkbox"/> सफ़ेद छड़ी	
	<input type="checkbox"/> हाथ से चलायी जाने वाली व्हील चेयर	<input type="checkbox"/> कोई नहीं	
	<input type="checkbox"/> मोटर से चलने वाली व्हील चेयर	<input type="checkbox"/> अन्य	
	<input type="checkbox"/> मोटर से चलने वाला स्कूटर	अन्य का विवरण :	

संघीय विनियमन संहिता: Title 49, Subtitle B, Chapter III, Subchapter B, Part 390: में सामान्य व्हील चेयर की परिभाषा: "गतिशीलता में सहायक, तीन या उससे अधिक पहियों वाला किसी भी श्रेणी का वाहन, इनडोर उपयोग के लिए, जिसे गति-बाधित लोगों के इस्तेमाल के लिए डिज़ाइन या परिवर्तित किया गया हो, और जो व्यक्ति या मशीन से संचालित होता हो।"

आम तौर पर, गतिशीलता में सहायक उपकरण जो 76 सेंटीमीटर से ज्यादा चौड़ा, 122 सेंटीमीटर से लंबा या बैठने के बाद 272 किलोग्राम से अधिक वज़न का हो, उसके सभी CATS वाहनों में प्रवेश कर पाने की गारंटी नहीं है। यदि आपके गतिशीलता उपकरण का आकार इससे अधिक है तो CATS पैराट्रांज़िट सेवा उपलब्ध कराने की गारंटी नहीं देता।



**CATS  
ADA  
अर्हता आवेदन-पत्र**

**बस में चढ़ना और उतरना\***

17.	क्या आप सुरक्षित और स्वतंत्र रूप से 30 सेंटीमीटर की तीन (3) सीढ़ियों पर चढ़ और उतर सकते हैं?	<input type="radio"/> हाँ यदि नहीं तो वर्णन करें:	<input type="radio"/> नहीं
18.	क्या आप सहायता के बिना व्हीलचेयर सुलभ बस में चढ़ने, यात्रा करने या उससे उतरने में सक्षम हैं?	<input type="radio"/> हाँ यदि नहीं तो वर्णन करें:	<input type="radio"/> नहीं
19.	क्या आप एक बस में चढ़ते या उतरते समय हैंडल या रेलिंगों को पकड़ने, सिक्कों या टिकटों को संभालने में सक्षम हैं?	<input type="radio"/> हाँ यदि नहीं तो वर्णन करें:	<input type="radio"/> नहीं
20.	क्या आप एक ऐसे वाहन में चढ़ने या उतरने में सक्षम हैं जिसमें लिफ्ट या नीलर लगा है जो बस के सामने के हिस्से को नीचे कर देता है?	<input type="radio"/> हाँ यदि नहीं तो वर्णन करें:	<input type="radio"/> नहीं
21.	क्या आप सहायता के बिना बस में चढ़ने और उससे उतरने में सक्षम हैं?	<input type="radio"/> हाँ यदि नहीं तो वर्णन करें:	<input type="radio"/> नहीं
22.	क्या आपको अपने साथ यात्रा करने के लिए किसी सहायक (निजी देखभाल, देख सकने वाले गाइड) या सेवा पशु की ज़रूरत है?	<input type="radio"/> हाँ यदि हाँ तो बताइये वे किस प्रकार की सहायता देते हैं:	<input type="radio"/> नहीं
23.	क्या आप 10 साल से कम उम्र के बच्चों के साथ यात्रा करते हैं?	<input type="radio"/> हाँ	<input type="radio"/> नहीं



**CATS  
ADA  
अर्हता आवेदन-पत्र**

**सूचना विज्ञप्ति\***

मैं, आवेदक, समझता/ती हूँ कि इस आवेदन का उद्देश्य है शार्लोट एरिया ट्रांज़िट प्रणाली की ADA पैराट्रांज़िट सेवाओं को इस्तेमाल करने की मेरी योग्यता का निश्चय करना। मैं इस आवेदन के **भाग B** को पूरा करने वाले पेशेवर व्यक्ति को अधिकृत करता/ती हूँ कि वह मेरी अक्षमता या चिकित्सा स्थिति की जानकारी शार्लोट एरिया ट्रांज़िट प्रणाली को और किसी भी अर्हता समीक्षा पैनल को जारी करें। मैं समझता/ती हूँ कि यहाँ दी गयी जानकारी को गोपनीय रखा जायेगा, जब तक कि क़ानूनन उसे उद्घाटित करना ज़रूरी न हो। मैं यह भी समझता/ती हूँ कि शार्लोट एरिया ट्रांज़िट प्रणाली, अपने विवेकानुसार किसी भी अतिरिक्त जानकारी का अनुरोध करने का अपना अधिकार सुरक्षित रखता है। मैं सहमत हूँ कि मैं अपनी अक्षमता की स्थिति में ऐसे किसी परिवर्तन की सूचना शार्लोट एरिया ट्रांज़िट प्रणाली को दूँगा/गी, जिससे उनकी कॉम्प्लिमेंटरी पैराट्रांज़िट सेवा इस्तेमाल करने की मेरी योग्यता प्रभावित होती हो। मैं यह भी समझता हूँ कि यह एक सवारी के रूप में मेरी पात्रता को प्रभावित कर सकता है।

मैं इसके द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि मैं **ADA पूरक पैराट्रांज़िट सेवा के लिए प्रमाणन अनुरोध करने वाला एक व्यक्ति हूँ और उपरोक्त जानकारी सत्य और सटीक है:**

आवेदक का मुद्रित नाम*:		दिनांक*:	
आवेदक के हस्ताक्षर*:			
माता-पिता या क़ानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर (यदि आवेदक हस्ताक्षर नहीं कर सकता)			
माता-पिता/अभिभावक का मुद्रित नाम:			
हस्ताक्षर:			
दिनांक:			

इस आवेदन को भरने के लिए धन्यवाद।

**निर्धारण के इस आवेदन की प्राप्ति के 21 दिनों के भीतर निर्धारण और उस निर्धारण के कारण (ओं) के बारे में आपको लिखित में अधिसूचित किया जाएगा।**

कोई भी व्यक्ति जिसकी पात्रता से इनकार कर दिया गया हो या सशर्त पात्रता दी गई हो, अपील के लिए 60 दिनों के भीतर एक लिखित अनुरोध दर्ज करा सकता है। अपील प्रक्रिया के दौरान ADA सेवा उपलब्ध नहीं करायी जायेगी, जब तक कि अपील प्रक्रिया 30 दिन के अंदर पूरी नहीं हो जाती। पैराट्रांज़िट सेवा के लिए पात्रता तीन (3) वर्ष तक की अवधि के लिए दी जाती है, भले ही गति-बाधयता स्थायी हो अथवा अस्थायी।





**CATS  
ADA  
अर्हता आवेदन-पत्र**

**\*\*अपूर्ण आवेदन-पत्र आवेदकों को लौटा दिये जायेंगे\*\***

**भाग B**

**स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर द्वारा सत्यापन**

यह भाग किसी लाइसेंसशुदा स्वास्थ्य देखभाल या पुनर्वास पेशेवर द्वारा भरा जाना चाहिए जो आपकी अक्षमता या चिकित्सा स्थिति और आपकी गतिशीलता की स्थिति से परिचित हो।

मरीज़ की जानकारी	
मरीज़ का मुद्रित नाम:	
मरीज़ की जन्म-तिथि (महिना/दिन/वर्ष):	
मरीज़ का पता:	
मरीज़ का फ़ोन:	
(यात्री ID# केवल आंतरिक उपयोग के लिए)	

The Americans with Disabilities Act (ADA) of 1990, 49 CFR 37.121, Subpart F, के अनुसार इस आवेदन-पत्र के भाग A और अन्यत्र नामांकित आवेदक द्वारा आपसे कहा जा रहा है कि आप, शार्लोट एरिया ट्रांज़िट प्रणाली (CATS) की निश्चित मार्ग ट्रांज़िट सेवा को इस्तेमाल करने की उनकी क्षमता के बारे में जानकारी दें। जिन लोगों को कोई ऐसी अक्षमता या चिकित्सा स्थिति होती है जो उन्हें कभी-कभी या हमेशा निश्चित मार्ग बस या रेल प्रणाली के इस्तेमाल से रोकती है, उनके लिए CATS, ADA पैराट्रांज़िट सेवार्यें उपलब्ध करा सकता है। निश्चित मार्ग बस या रेल सेवा को इस्तेमाल करने की अक्षमता में शामिल हो सकते हैं - बस/रेल स्टॉप तक न जा सकना, बस/रेल में चढ़ या उतर न पाना, या यह समझ नहीं पाना कि ट्रांज़िट प्रणाली का उपयोग या उसमें सफ़र कैसे किया जाये। जो जानकारी आप उपलब्ध करायेंगे उससे CATS को उनके अनुरोध का मूल्यांकन करने और उनकी विशिष्ट आवश्यकताओं का निर्धारण करने में सहायता मिलेगी। आपके सहयोग के लिए धन्यवाद।  
**कृपया ध्यान रखें:** CATS की निश्चित मार्ग बस और रेल प्रणाली ऐसे अक्षमता वाले लोगों के लिए भी सुलभ है जिन्हें बस या रेल में चढ़ने-उतरने के लिए रैंप की आवश्यकता होती है, वाहन पर सवार होने के लिए घुटनों के बल बैठना पड़ता है, तथा/अथवा ट्रांज़िट स्टॉप्स की ऑडियो उद्घोषणा की ज़रूरत पड़ती है। ADA पैराट्रांज़िट के लिए आवेदन करने वाला व्यक्ति, इन कारणों से इन सेवाओं का लाभ उठाने में अक्षम होना चाहिए:

- ऐसी स्थितियाँ जो उन्हें CATS निश्चित मार्ग बस स्टॉप्स तक जाने-आने, या वाहन बदलने से रोकती हैं तथा/अथवा
- ऐसी स्थितियाँ जो उन्हें रैंप वाली बस में चढ़ने, यात्रा करने या उतरने से रोकती हैं।

जिन व्यक्तियों के लिए यह कार्य करना असुविधाजनक और तकलीफदेह है, वे पैराट्रांज़िट सेवाओं के पात्र नहीं हैं, और आपसे इसी का सत्यापन करने को कहा जा रहा है।

1. कृपया इस आवेदन के भाग A को पूरा पढ़ें।
2. दिये गये मानदंडों का उपयोग करते हुए, आवेदन के भाग B को पूरा भरें।
3. आवेदन-पत्र आवेदक को लौटा दें।



**CATS  
ADA  
अर्हता आवेदन-पत्र**

4. अगर आवेदक की क्षमताओं के बारे में कुछ सवाल रह जाते हैं, तो अतिरिक्त जानकारी के लिए आपसे संपर्क किया जा सकता है।  
यदि आप कुछ पूछना चाहते हैं तो (704) 336-5055 पर CATS से संपर्क करें।

स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर द्वारा अनुप्रमाणन			
मैंने भाग A पूरे तौर पर पढ़ लिया है:	<input type="radio"/> हाँ	<input type="radio"/> नहीं	
मैंने इस आवेदक को पहले से देखा है:	<input type="radio"/> हाँ	<input type="radio"/> नहीं	
यदि नहीं, तो बतायें:			
तारीख जब मैंने आवेदक को आखिरी बार देखा या दृष्टान किया:			
आवेदक की अक्षमता की स्थिति(याँ) सामान्य शब्दों में:			
यदि संज्ञान बाधित हैं तो इनकी संज्ञान आयु और IQ स्तर क्या है?			
मेरी राय में, आवेदक अपने घर से साइड वॉक तक स्वतंत्र रूप से आ-जा सकता/ती है।			
<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं <input type="radio"/> कभी कभार अगर नहीं या कभी-कभी, तो कृपया स: _____			
आवेदक द्वारा प्रयुक्त गतिशीलता साधनों का विवरण द:			
गतिशीलता साधनों का उपयोग करते हुए और मार्ग में कोई बड़ी बाधा न होने पर आवेदक, बिना सहायता के स्वतंत्र रूप से कितनी दूर तक यात्रा कर सकता/ती है? यहाँ तक:			
<input type="checkbox"/> 400 मीटर से कम <input type="checkbox"/> 400 मीटर <input type="checkbox"/> 800 मीटर <input type="checkbox"/> 1200 मीटर <input type="checkbox"/> 1200 मीटर से अधिक			
यदि दृष्टि बाधित हैं तो अधिक से अधिक कितना देख पाते हैं			
स्नेलन:	दाहिनी आँख:	बाँयी आँख:	
क्षेत्र सीमा:	दाहिनी आँख:	बाँयी आँख:	परीक्षण तिथि:
आवेदक की यात्रा की क्षमता में क्या चिकित्सा उपचार, वातावरण की परिस्थितियों (गर्मी, नमी, ठंड, बर्फ) या अन्य संबद्ध कारणों से परिवर्तन होता है?			
<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं <input type="radio"/> कभी कभार यदि हाँ या कभी-कभार है तो कृपया बतायें:			
उनकी स्थितियाँ	<input type="radio"/> स्थायी	<input type="radio"/> अस्थायी	(महीने) _____



**CATS  
ADA  
अर्हता आवेदन-पत्र**

अतिरिक्त टिप्पणी:	

इस व्यक्ति के सार्वजनिक वाहन इस्तेमाल करने के बारे में आपकी राय को जो वक्तव्य सबसे बेहतर बयान करता है, उस पर कृपया अपने संक्षिप्त हस्ताक्षर करें।

<input type="checkbox"/>	यह व्यक्ति सफलतापूर्वक निश्चित मार्ग बस सेवाओं पर चल सकता है।
<input type="checkbox"/>	यह व्यक्ति अनेक प्रकार की सीमित गतिशीलता के कारण निश्चित मार्ग बस सेवा का इस्तेमाल नहीं कर सकता।
<input type="checkbox"/>	यह व्यक्ति नीचे दी गयी कुछ परिस्थितियों में निश्चित मार्ग बस सेवा का इस्तेमाल कर सकता है:

मैं प्रमाणित करता/ती हूँ कि मैंने यहाँ जो सूचना दी है वह आवेदक की चिकित्सीय कमियों या स्थिति का उचित प्रतिनिधित्व करती है और मेरी जानकारी के अनुसार पूरी तरह सही है। मैं समझता/ती हूँ कि यहाँ दी गयी सूचना का एकमात्र उपयोग, आवेदक की पैराट्रांज़िट सेवायें प्राप्त करने की अर्हता का निर्णय करने के लिए किया जायेगा। मैं इससे भी सहमत हूँ कि मेरे द्वारा दी गयी किसी भी सूचना के स्पष्टीकरण के लिए CATS मुझसे संपर्क कर सकता है और मैं उसका सही जवाब दूँगा/गी।

स्वास्थ्यकर्मी का पूरा नाम (बड़े अक्षरों में)

कंपनी या एजेंसी

पता

लाइसेंस या सर्टिफिकेट #

फ़ोन

फैक्स

इस आवेदन-पत्र का किसी अन्य पेशे के व्यक्ति द्वारा भरा जाना स्वीकार नहीं किया जायेगा। पेशेवर संबद्धता (सही उपाधि अंकित करें):

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> लाइसेंसशुदा चिकित्सक        | <input type="checkbox"/> लाइसेंसशुदा फिजिकल थेरेपिस्ट             | <input type="checkbox"/> लाइसेंसशुदा ऑक्यूपेशनल थेरेपिस्ट    |
| <input type="checkbox"/> प्रमाणित सामाजिक कार्यकर्ता | <input type="checkbox"/> प्रमाणित ओरिएंटेशन / मोबिलिटी स्पेशलिस्ट | <input type="checkbox"/> प्रमाणित मनोवैज्ञानिक / मनोचिकित्सक |
| <input type="checkbox"/> प्रमाणित पुनर्वास काउंसलर   | <input type="checkbox"/> अन्य:                                    |  |

हस्ताक्षर:

दिनांक: