



**CATS  
ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ НА  
ПОДТВЕРЖДЕНИЕ  
СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ ДЛЯ  
ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ В  
СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ ADA**

Уважаемый заявитель!

Благодарим за Ваш запрос в отношении подачи заявления о подтверждении соответствия критериям для получения услуг социальной перевозки транспортной системы г. Шарлотт (Charlotte Area Transit System, CATS) в соответствии с законом ADA. Это заявление можно отправить первично или повторно для получения возможности пользоваться услугами социальной перевозки CATS.

**Внимательно прочитайте приложенные материалы, прежде чем заполнять заявление.**

Служба социальной перевозки CATS предоставляет услуги людям с инвалидностью, которые не в состоянии пользоваться автобусами или железнодорожным транспортом, следующими по установленному маршруту, по состоянию здоровья. Неспособность пользоваться транспортом, следующим по установленному маршруту, может состоять в отсутствии способности самостоятельно добраться до остановки автобуса и обратно, сесть в автобус или выйти из него или понять, как пользоваться автобусным транспортом.

STS оказывает услуги совместных перевозок «от обочины до обочины» лицам, которые имеют право на услуги социальной перевозки в соответствии с законом ADA и не в состоянии пользоваться транспортом (в том числе железнодорожным), следующим по установленному маршруту. Например, в некоторых случаях, когда остановки находятся поблизости и отсутствуют препятствия для посадки в автобус и выхода из него, Вы можете пользоваться автобусным транспортом. В других случаях Вы можете быть не в состоянии добраться до остановки и использовать обычный транспорт.

Существует 5 категорий соответствия критериям:

*Безусловное соответствие*

На этом уровне нет ограничений относительно того, когда или почему необходимо запланировать поездку для пассажира. Этот уровень предусмотрен для людей, которые не могут пользоваться общественным (в том числе железнодорожным) транспортом, следующим по установленному маршруту. Временное или постоянное соответствие критериям не учитывает количество и цель запланированных поездок.

1. Безусловное временное соответствие

На этом уровне потребуется чаще подавать заявления на повторную оценку и подтверждение соответствия критериям на основании возможностей пассажира.

2. Безусловное постоянное соответствие

Этот уровень предназначен для людей, ситуация которых не изменится.

*Условное соответствие*

Этот уровень предназначен для людей, у которых иногда есть возможность пользоваться общественным (в том числе железнодорожным) транспортом, следующим по установленному маршруту.



**CATS**  
**ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ НА**  
**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ**  
**СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ ДЛЯ**  
**ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ В**  
**СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ ADA**

Пассажиру предложат пройти обучение, чтобы понимать, как эффективно пользоваться общественным (в том числе железнодорожным) транспортом, следующим по установленному маршруту, чтобы добраться до места назначения. Обучение не является обязательным.

**3. Условное временное соответствие**

Этот уровень предусмотрен для людей, которые могут пользоваться общественным (в том числе железнодорожным) транспортом, следующим по установленному маршруту, и у которых только иногда возникает необходимость в услугах социальной перевозки. Ожидается, что состояние пассажира улучшится. На этом уровне срок действия льготы, прежде чем потребуются повторное подтверждение соответствия, может быть меньше обычного. При планировании таких поездок проводится проверка, чтобы убедиться в соблюдении всех условий для выполнения поездки.

**4. Условное постоянное соответствие**

Иногда пассажир может пользоваться общественным (в том числе железнодорожным) транспортом, следующим по установленному маршруту. Ожидается, что ограниченные возможности пассажира не улучшатся или ухудшатся.

**5. Несоответствие критериям**

В случае несоответствия критериям и отказа в предоставлении услуги Вам будет отправлено письмо с указанием причин отказа. К письму будут приложены инструкции по подаче апелляции.

Чтобы мы могли точно определить, насколько Вы соответствуете критериям для получения права на данные услуги, **пожалуйста, заполните прилагаемое заявление полно и точно, насколько представляется возможным.** Цель данных вопросов — определить обстоятельства, при которых Вы можете пользоваться транспортом, следующим по установленному маршруту, или услугами социальной перевозки.

Если Вам нужна помощь в заполнении формы заявления или у Вас есть вопросы, обратитесь в офис CATS. Также можно получить данное письмо и заявление, напечатанные крупным шрифтом, на других языках или в альтернативных форматах.

После заполнения части А заявления, попросите лицензированного поставщика медицинских услуг или специалиста по реабилитации заполнить часть В. **Если какие-либо разделы заявления останутся пустыми, его вернут Вам обратно.** Информация, которую Вы сообщаете в данном заявлении, является конфиденциальной.

**Не прикладывайте к данному заявлению медицинскую документацию или информацию. Вы можете принести медицинскую информацию с собой на собеседование.**

Через несколько дней после получения заполненного заявления с Вами могут связаться по телефону, чтобы назначить время личного собеседования и проведения оценки физического состояния с целью определения наличия у Вас возможности пользоваться транспортом CATS, следующим по установленному маршруту.



**CATS  
ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ НА  
ПОДТВЕРЖДЕНИЕ  
СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ ДЛЯ  
ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ В  
СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ ADA**

Срок рассмотрения заполненных заявлений составляет 21 день с даты их получения. По истечению указанного срока Вы получите письменное извещение о наличии у Вас права на получение услуги. Если для проведения оценки и принятия решения потребуется дополнительное время, Вам предоставят временное право на пользование данной услугой.

Если мы примем решение, что Вы в состоянии пользоваться транспортом CATS, следующим по установленному маршруту, и поэтому не имеете права на услуги социальной перевозки в соответствии с законом ADA, мы сообщим Вам причину(-ы) такого решения. Вы можете подать апелляцию в письменном виде. Однако обслуживание в соответствии с законом ADA не будет предоставляться в течение периода рассмотрения апелляции, кроме случаев, когда рассмотрение апелляции длится более 30 дней.

Заявление можно подать в электронном виде, нажав кнопку «Отправить» на последней странице (ее можно нажать, только если заполнены все обязательные поля), а также по электронной почте или в печатном виде обычной почтой после того, как Ваш поставщик медицинских услуг заполнит часть В заявления. Отправьте заявление почтой по адресу:

**CATS Paratransit - Eligibility  
901 North Davidson Street  
Charlotte NC 28206**

Вы можете отправить заявление или задать вопросы по адресу:  
[CATSADAEligibility@ci.charlotte.nc.us](mailto:CATSADAEligibility@ci.charlotte.nc.us)



CATS  
ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ НА  
ПОДТВЕРЖДЕНИЕ  
СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ ДЛЯ  
ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ В  
СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ ADA

**Часть А (этот раздел необходимо заполнить всем заявителям)**

**Информация о заявителе**

<b>Подавали ли Вы заявление на проверку соответствия критериям раньше?*</b> (* отмечены поля, обязательные к заполнению)		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Идентификационный номер пассажира [только для внутреннего использования]			
<b>Имя*:</b>		<b>Второе имя</b>		<b>Фамилия*</b>		<b>Суффикс</b>	
<b>Домашний адрес</b>							
Улица*:					Квартира/офис		
Город*:				Штат*:		Индекс*:	
<b>Почтовый адрес (если отличается)</b>							
Улица:							
Город:				Штат:		Индекс:	
<b>*Телефон</b> (укажите основной)		Мобильный:		Домашний:			
<b>Эл. почта*:</b>							
<b>Демографические данные</b>							
Дата рождения*: (мм/дд/гггг)					<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский		
Основной язык*:		<input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Испанский <input type="checkbox"/> Другой		Если другой, укажите:			
Доступные форматы:		<input type="checkbox"/> Стандартный <input type="checkbox"/> Крупный шрифт <input type="checkbox"/> Другой		Если другой, укажите:			
		<input type="checkbox"/> Шрифт Брайля <input type="checkbox"/> Аудиозапись или .mp3					
<b>Контактное лицо в экстренных ситуациях</b>							
Имя и фамилия*:					Кем приходится:		
Мобильный телефон		Домашний телефон		Рабочий телефон			



**CATS  
ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ НА  
ПОДТВЕРЖДЕНИЕ  
СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ ДЛЯ  
ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ В  
СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ ADA**

<b>В случае заполнения настоящего заявления другим лицом вместо заявителя, запрашивающего подтверждение соответствия критериям, данное лицо должно указать следующую информацию:</b>					
Имя и фамилия:					
Адрес:	Улица:				
	Город:		Штат:		Индекс:
Кем приходится:		Телефон (в дневное время):			
Агентство:					
Подпись:		Дата:			

**Сведения о Вашей инвалидности\***

1.	Укажите инвалидность или медицинское состояние, которые мешают Вам пользоваться автобусами, следующими по установленному маршруту?	
2.	Поясните, каким образом Ваша инвалидность мешает Вам самостоятельно пользоваться автобусами, следующими по установленному маршруту:	
3.	Какой характер имеют описанные Вами состояния:	<input type="checkbox"/> Постоянные <input type="checkbox"/> Временные Если они временные, то надолго ли?
4.	Наблюдается ли у Вас чувствительность к пониженным или повышенным температурам по медицинским причинам?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Температурный диапазон:
5.	Осложняют ли другие погодные условия (ветер, сумерки/темнота и/или яркий свет) Ваше состояние?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, поясните:
6.	Наблюдается ли у Вас нарушение зрения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, поясните:
7.	Влияют ли на Вашу способность свободно дышать погодные условия или условия окружающей среды?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, поясните:
8.	Меняется ли степень Вашей инвалидности после медицинского лечения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, поясните:



**CATS**  
**ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ НА**  
**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ**  
**СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ ДЛЯ**  
**ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ В**  
**СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ ADA**

**Маршрут до автобусной остановки и обратно\***

9.	Можете ли Вы самостоятельно находить остановки автобуса, следующего по установленному маршруту, направления, адреса и/или переходить улицу?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
		Если нет, поясните:	
10.	Вы можете самостоятельно перемещаться в темное время суток?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
		Если нет, поясните:	
11.	Можете ли Вы безопасно самостоятельно преодолеть расстояние в 400 метров (примерно 4 футбольных поля) без посторонней помощи?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
		Если нет, поясните:	
12.	Можете ли Вы безопасно самостоятельно преодолеть расстояние в 60 метров без посторонней помощи?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
		Если нет, поясните:	
13.	Можете ли Вы самостоятельно добраться до автобусной остановки по месту Вашего жительства и вернуться от нее?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
		Если нет, поясните:	
14.	Можете ли Вы добраться до ближайшей остановки общественного транспорта и обратно?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
		Если нет, поясните:	
15.	Как долго Вы можете ожидать автобус (в минутах)?		
16.	Укажите вспомогательные средства для передвижения, которые Вы используете:		
	<input type="checkbox"/> Опорная трость	<input type="checkbox"/> Портативный кислород	
	<input type="checkbox"/> Костыли	<input type="checkbox"/> Обученное животное-поводырь	
	<input type="checkbox"/> Ходунки	<input type="checkbox"/> Средство связи	
	<input type="checkbox"/> Фиксатор(-ы) для ног	<input type="checkbox"/> Трость для слепых	
	<input type="checkbox"/> Инвалидное кресло с ручным приводом	<input type="checkbox"/> Ничего	
	<input type="checkbox"/> Инвалидное кресло с электроприводом	<input type="checkbox"/> Другое	
	<input type="checkbox"/> Скутер с электроприводом	Если другое, укажите:	

Свод федеральных нормативных актов (раздел 49, подраздел В, глава III, параграф В, часть 390) определяет обычное инвалидное кресло как **«средство передвижения, относящееся к любому классу устройств с тремя колесами и более с ручным приводом или электроприводом, которые можно использовать в помещениях и которые предназначены для использования и используются людьми с ограниченной подвижностью».**

CATS не гарантирует, что средство передвижения, у которого ширина составляет более 76 см, длина — более 122 см и вес — более 272 кг, сможет разместиться в транспортных средствах CATS. Если Ваше средство передвижения превышает указанные габариты, CATS не гарантирует предоставление услуг социальной перевозки.



**CATS**  
**ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ НА**  
**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ**  
**СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ ДЛЯ**  
**ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ В**  
**СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ ADA**

**Посадка и выход из автобуса\***

17.	Можете ли Вы самостоятельно не подвергая себя опасности подняться и спуститься по 3 (трем) ступеням высотой 30 см?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
		Если нет, поясните:	
18.	Можете ли Вы зайти в автобус, оборудованный для проезда лиц в инвалидных креслах, ехать в нем и выйти из него без посторонней помощи?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
		Если нет, поясните:	
19.	Можете ли Вы держаться за ручки или поручни, держать в руках монеты или билеты при посадке или выходе из автобуса?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
		Если нет, поясните:	
20.	Можете ли Вы зайти в транспортное средство или выйти из него, если оно оборудовано подъемником или механизмом, который опускает переднюю часть автобуса?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
		Если нет, поясните:	
21.	Можете ли Вы сесть в автобус или выйти из него без посторонней помощи?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
		Если нет, поясните:	
22.	Нуждаетесь ли Вы в сопровождающем (лице, осуществляющем уход, поводыре) или в животном-поводыре?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
		Если да, поясните, какую помощь они Вам оказывают?	
23.	Совершаете ли Вы поездки в сопровождении детей младше 10 лет?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет



**CATS**  
**ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ НА**  
**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ**  
**СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ ДЛЯ**  
**ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ В**  
**СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ ADA**

**Разглашение информации\***

Я, заявитель, понимаю, что цель данного заявления — определить наличие у меня права на услуги социальной перевозки, предоставляемые Charlotte Area Transit System в соответствии с законом ADA. Я разрешаю специалисту, который заполнил **часть В** этого заявления, передавать информацию о моей инвалидности или медицинском состоянии Charlotte Area Transit System, а также любой экспертной комиссии по вопросам оценки соответствия критериям, и я понимаю, что с информацией, которая содержится в настоящем заявлении, будут обращаться с соблюдением конфиденциальности, за исключением случаев, предусмотренных законодательством. Кроме того, я понимаю, что Charlotte Area Transit System сохраняет за собой право запрашивать дополнительную информацию по своему усмотрению. Я согласен (согласна) ставить Charlotte Area Transit System в известность о любых изменениях степени моей инвалидности, которые влияют на мою способность пользоваться бесплатными услугами социальной перевозки. Я также понимаю, что это может повлиять на мое право быть пассажиром такого транспорта.

**Настоящим подтверждаю, что я являюсь лицом, запрашивающим подтверждение соответствия критериям для получения услуг социальной перевозки в рамках закона ADA, а также что представленная выше информация является достоверной и точной:**

<b>Имя и фамилия заявителя печатными буквами*:</b>		<b>Дата*:</b>	
<b>Подпись заявителя*:</b>			
Подпись родителя или законного опекуна (если заявитель не может поставить подпись)			
Имя и фамилия родителя или законного опекуна печатными буквами:			
Подпись:			
Дата:			

Благодарим Вас за заполнение данного заявления.

**Вас уведомят в письменной форме в течение 21 дня с момента получения данного заявления о принятом решении, а также об основаниях принятого решения.**

*Любое лицо, которому отказано в праве получить услугу или предоставлено условное право на получение услуги, может подать апелляцию в письменной форме в течение 60 дней. Однако обслуживание в соответствии с законом ADA не будет предоставляться в период рассмотрения апелляции, кроме случаев, когда рассмотрение апелляции длится более 30 дней. Право на услуги социальной перевозки предоставляется на период до 3 (трех) лет, независимо от того, являются функциональные ограничения постоянными или временными.*





**CATS**  
**ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ НА**  
**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ**  
**СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ ДЛЯ**  
**ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ В**  
**СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ ADA**

**\*\*Не до конца заполненные заявления будут возвращены заявителю\*\***  
**Часть В**

**Подтверждение от медицинского специалиста**

**Этот раздел должен заполнить лицензированный медицинский работник или специалист по реабилитации, который знаком с особенностями Вашей инвалидности или медицинского состояния, а также с Вашими функциональными возможностями.**

<b>Информация о пациенте</b>	
Имя и фамилия пациента (печатными буквами):	
Дата рождения пациента (мм/дд/гггг):	
Адрес пациента:	
Телефон пациента:	
<i>(Идентификационный номер пассажира (только для внутреннего использования))</i>	

В соответствии с законом «Об американцах-инвалидах» (Americans with Disabilities Act, ADA) 1990 года, Сводом федеральных нормативных актов (раздел 49, статья 37.121, подраздел F) заявитель, указанный в части А выше, просит Вас предоставить информацию о его/ее возможностях пользоваться общественным транспортом Charlotte Area Transit System, следующим по установленному маршруту. CATS может предоставлять услуги социальной перевозки в соответствии с законом ADA людям с инвалидностью или медицинским состоянием, которое иногда или всегда не позволяет им пользоваться автобусами или железнодорожным транспортом, следующими по установленному маршруту. Неспособность пользоваться транспортом (в том числе железнодорожным транспортом), следующим по установленному маршруту, может состоять в отсутствии способности самостоятельно добраться до остановки автобуса/метро и обратно, сесть в транспорт или выйти из него или понять, как пользоваться общественным транспортом. Предоставленная Вами информация позволит CATS оценить запрос и определить особые потребности человека. Благодарим Вас за сотрудничество.

**Внимание!** Автобус или железнодорожный транспорт CATS, следующие по установленному маршруту, доступны для людей с инвалидностью, которым нужны пандусы для посадки и высадки из автобусов/железнодорожных вагонов, транспортные средства с механизмом, опускающимся к тротуару, и/или объявление остановок. Лицо, подающее заявление на оказание услуг социальной перевозки в соответствии с законом ADA, **должно быть неспособно пользоваться этими услугами** по следующим причинам:

- состояния, которые не позволяют ему/ей добираться до остановки автобусов CATS, следующих по установленному маршруту, или пересаживаться с одного транспортного средства на другое; и/или
- состояния, которые не позволяют ему/ей садиться в автобус, ехать на нем и выходить из автобуса с пандусом.

Люди, которым эти задачи доставляют неудобства, **не соответствуют критериям** для получения услуг социальной перевозки, и Вас просят это подтвердить.

1. Пожалуйста, полностью прочитайте часть А этого заявления.
2. Полностью заполните часть В заявления, используя предложенные критерии.
3. Отдайте заявление обратно заявителю



**CATS**  
**ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ НА**  
**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ**  
**СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ ДЛЯ**  
**ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ В**  
**СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ ADA**

4. С Вами могут связаться для получения дополнительной информации, если останутся вопросы относительно возможностей заявителя.

Если у Вас есть вопросы, позвоните в CATS по телефону (704) 336-5055.

<b>Подтверждение от медицинского специалиста</b>			
Я полностью прочитал(-а) <b>ЧАСТЬ А</b> этого заявления:	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
Я встречался(-лась) с заявителем ранее:	Да		Нет
<i>Если нет, поясните:</i>			
Дата, когда я в последний раз видел(-а) или лечил(-а) заявителя:			
Инвалидизирующее(-ие) заболевание(-ия) заявителя простым языком:			
Если есть нарушения когнитивной функции, какой когнитивный возраст и уровень IQ заявителя?			
На мой взгляд, заявитель может самостоятельно выйти из дома на тротуар:			
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Иногда			
<i>Если ответ «нет» или «иногда», поясните:</i>			
Укажите все средства передвижения, используемые заявителем:			
В случае использования средства передвижения (если применимо) и отсутствия крупных препятствий на дороге, насколько далеко заявитель может уехать самостоятельно без посторонней помощи? До:			
<input type="checkbox"/> менее 400 метров <input type="checkbox"/> 400 метров <input type="checkbox"/> 800 метров <input type="checkbox"/> 1200 метров <input type="checkbox"/> более 1200 метров			
Если у заявителя есть нарушения зрения, укажите остроту зрения с максимальной коррекцией			
По таблице Снеллена:	П:	Л:	
Ограничение поля:	П:	Л:	Дата обследования:
Влияют ли на способность заявителя совершать поездки медицинское лечение, погодные условия (жара, влажность, холод, снег и лед) или другие сопутствующие факторы?			
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Иногда			
<i>Если ответ «да» или «иногда», поясните:</i>			
Его/ее состояния:	<input type="checkbox"/> Постоянные	<input type="checkbox"/> Временные (количество месяцев)	_____



**CATS**  
**ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ НА**  
**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ**  
**СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ ДЛЯ**  
**ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ В**  
**СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ ADA**

Дополнительные комментарии:	

Поставьте инициалы рядом с утверждением ниже, которое лучше всего отражает Ваше мнение относительно использования общественного транспорта заявителем:	
	Этот человек должен быть в состоянии успешно пользоваться автобусами, следующими по установленному маршруту.
	Этот человек не может пользоваться автобусами, следующими по установленному маршруту, в связи с некоторыми функциональными ограничениями.
	Этот человек может пользоваться автобусами, следующими по установленному маршруту, в некоторых ситуациях, указанных ниже:

<b><i>Я подтверждаю, что указанная мной информация точно отражает медицинские нарушения или медицинское состояние заявителя и является достоверной, насколько мне это известно. Я понимаю, что указанная информация будет использоваться только для определения соответствия заявителя критериям для получения услуг социальной перевозки. Я также соглашаюсь с тем, что сотрудники CATS могут связаться со мной для уточнения любой предоставленной мной информации и что я отвечу честно.</i></b>			
Полное имя медицинского специалиста (печатными буквами)			
Компания или агентство			
Адрес			
Номер лицензии или сертификата			
Телефон		Факс	
Заявление, заполненное специалистом иного профиля, не будет принято. Профессиональная область (отметьте соответствующую сферу деятельности):			
<input type="checkbox"/> Лицензированный врач	<input type="checkbox"/> Лицензированный физиотерапевт	<input type="checkbox"/> Лицензированный эрготерапевт	
<input type="checkbox"/> Сертифицированный социальный работник	<input type="checkbox"/> Сертифицированный специалист по ориентации/мобильности	<input type="checkbox"/> Сертифицированный психолог/психиатр	
<input type="checkbox"/> Сертифицированный консультант по реабилитации	<input type="checkbox"/> Другое:		
Подпись:		Дата:	