

ADA

ពាក្យសុំសម្រាប់ ការបញ្ជាក់សេវាដឹកជញ្ជូន ជនពិការ ADA របស់ RIPTA

ច្បាប់សហព័ន្ធស្តីពីជនពិការអាមេរិក (Federal Americans with Disabilities Act, ADA) តម្រូវឱ្យមានសេវាដឹកជញ្ជូនសាធារណៈស្រដៀងគ្នា (សេវាដឹកជញ្ជូនជនពិការ RIde) សម្រាប់ជនពិការដែលមិនអាចប្រើប្រាស់រថយន្តក្រុង RIPTA ធ្វើដំណើរតាមផ្លូវធម្មតាដោយសារតែពិការភាពរបស់ពួកគេ។

ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា អ្នកមានពិការភាពដែលរារាំងអ្នកពីការប្រើប្រាស់រថយន្តក្រុងធម្មតារបស់ RIPTA នោះសូមបំពេញពាក្យសុំនេះ រួចផ្ញើវាមកកាន់អាសយដ្ឋានខាងក្រោម។ ប្រសិនបើគេរកឃើញថា អ្នកមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់នោះ អ្នកនឹងទទួលបានការឯកភាពសម្រាប់រាល់ជើងធ្វើដំណើរទាំងអស់ ឬជើងធ្វើដំណើរខ្លះៗប៉ុណ្ណោះ។

វាសំខាន់ណាស់ក្នុងការសម្គាល់ថា គ្រប់ផ្នែកទាំងអស់នៃពាក្យសុំនេះត្រូវតែបំពេញរួមទាំងផ្នែកនានាដែលតម្រូវដោយអ្នកអ្នកជំនាញផ្នែកថែទាំសុខភាព។ ក្នុងនាមជាបេក្ខជនម្នាក់ អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវបំពេញពាក្យសុំសិទ្ធិទទួលបាននេះទាំងស្រុង។ គេ ក៏អាចតម្រូវឱ្យអ្នកបំពេញការវាយតម្លៃបែបវិជ្ជាជីវៈមួយនៅកន្លែងធ្វើតេស្តទៅតាមការជ្រើសរើសរបស់ RIPTA។

RIPTA នឹងជូនដំណឹងអ្នកក្នុងរយៈពេល 21 ថ្ងៃ ក្រោយពេលទទួលបានពាក្យសុំដែលបានបំពេញរបស់អ្នកទាក់ទងនឹងសិទ្ធិទទួលបានសេវាដឹកជញ្ជូនជនពិការ ADA របស់អ្នក។

សំណៅនៃពាក្យសុំនេះ អាចស្វែងរកបានជាទម្រង់ដែលអាចទទួលយកបានទៅតាមការស្នើសុំ។

សម្គាល់ ៖ មានការគិតថ្លៃចំនួន \$4.00 សម្រាប់រាល់ជើងធ្វើដំណើររបស់ ADA Ride នីមួយៗ។ ប្រសិនបើអ្នកអាចប្រើប្រាស់រថយន្តក្រុងធម្មតារបស់ RIPTA បាន សូមទូរសព្ទមកកាន់លេខ 784-9500 ខ្សែទូរសព្ទបន្ថែមលេខ 604 ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំសុំប្រើប្រាស់រថយន្តក្រុងដោយឥតគិតថ្លៃ ឬក្នុងតម្លៃពាក់កណ្តាល។

សូមផ្ញើពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួចទៅកាន់ ៖

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

លេខទូរសារ ៖ (401) 461.8210

ចង់បានចម្លើយចំពោះសំណួរ ADA ឬ?
សូមទូរសព្ទមកកាន់លេខ (401) 461-9760
សេវាបញ្ជូនសារ TDD RI (800) 745-5555 ឬ 711

សូមសរសេរ

1. នាមខ្លួន: _____ នាមកណ្តាល: _____ គោត្តនាម: _____
2. អាសយដ្ឋាន: _____ ផ្ទះលេខ _____
3. ទីក្រុង: _____ រដ្ឋ: _____ លេខប្រៃសណីយ៍: _____
4. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____ ប្រុស ស្រី
(ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
5. ទូរសព្ទពេលថ្ងៃ: _____ ទូរសព្ទដៃ: _____
6. លេខសន្តិសុខសង្គម: _____
7. តើអ្នកប្រើប្រាស់កម្មវិធី Ride សម្រាប់ការធ្វើដំណើរទៅរកសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាអាហារូបត្ថម្ភ ឬការថែទាំពេលថ្ងៃដែរឬទេ? _____
8. សមត្ថភាពភាសា (សូមគូសឆិកលើចម្លើយទាំងឡាយណាដែលសមស្រប)
 ភាសាអង់គ្លេស ភាសាអេស៉្បាញ ភាសាផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់) _____
9. ឈ្មោះទំនាក់ទំនងក្នុងគ្រាមានអាសន្ន: _____ ទូរសព្ទកន្លែងធ្វើការ: _____
ទូរសព្ទដៃ: _____
10. ទំនាក់ទំនង: _____ ទូរសព្ទនៅផ្ទះ: _____
11. សូមរៀបរាប់ពីពិការភាពរបស់អ្នក រួចពន្យល់ពីរបៀបដែលវារារាំងអ្នកពីការប្រើប្រាស់សេវាថយន្តក្រុងធម្មតារបស់ RIPTA ៖

12. តើស្ថានភាពនេះបណ្តោះអាសន្នឬ? បាទ/ចា ទេ

ប្រសិនបើចាស់/បាទ តើអាចមានរយៈពេលប៉ុន្មាន? _____

ផ្នែកទី១

ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន (ត)

13. តើមានស្ថានភាពសុខភាព ឬពិការភាពផ្សេងទៀតដែលប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការប្រើប្រាស់រថយន្តក្រុងដែរឬទេ ? ចាស់/បាទ ទេ

ប្រសិនបើចាស់/បាទ សូមពន្យល់ ៖ _____

ផ្នែកទី២

ព័ត៌មានស្តីពីចល័តភាព

14. តើឧបករណ៍ ឬជំនួយចល័តភាពណាមួយខាងក្រោម ដែលអ្នកប្រើដើម្បីជួយអ្នកទៅកាន់កន្លែងដែលអ្នកចង់ទៅ ?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ឈើច្រត់ | <input type="checkbox"/> កៅអីរុញដោយដៃ | <input type="checkbox"/> សេវាកម្មប្រើសត្វជំនួយ |
| <input type="checkbox"/> ឈើច្រត់ជនពិការភ្នែក | <input type="checkbox"/> កៅអីរុញអេឡិចត្រូនិក | <input type="checkbox"/> ផ្ទាំងរូបភាព |
| <input type="checkbox"/> ឈើច្រត់ជើងបួន | <input type="checkbox"/> រទេះ/ស្តុតទំរុំអេឡិចត្រូនិក | <input type="checkbox"/> ផ្ទាំងតួអក្សរ |
| <input type="checkbox"/> ឈើច្រត់ជើងពីរ | <input type="checkbox"/> គ្មានឧបករណ៍ណាមួយខាងលើ | <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ |

តើកៅអីរុញ/ឧបករណ៍ចល័តភាពមានទំហំលើសពី 30 x 48 អ៊ិនធឺម ឬមានទម្ងន់លើសពី 600 ផោនមែនទេ ?

15. តាមរយៈការប្រើប្រាស់ជំនួយចល័តភាព ឬដោយខ្លួនឯង តើអ្នកអាចដើរលើជាន់ផ្ទាល់ដីបានប៉ុន្មានប្លុកអាគារ (1ប្លុក = 500ហ្វីត) ?

ចំនួនប្លុកអាគារ ៖ _____

16. នៅពេលដែលអ្នកធ្វើដំណើរ តើអ្នកត្រូវការអ្នកជូនដំណើរ ឬអ្នកអមដំណើរដែរឬទេ ?

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ចា/បាទ | <input type="checkbox"/> ទេ |
|---------------------------------|-----------------------------|

17. តើពិការភាពរបស់អ្នករារាំងអ្នកពីការដំណើរទៅ ឬមកចំណតរថយន្តក្រុងដែរឬទេ ?

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ចា/បាទ | <input type="checkbox"/> ទេ |
|---------------------------------|-----------------------------|

សូមពន្យល់ ៖ _____

ផ្នែកទី២

ព័ត៌មានស្តីពីចល័តភាព (ត)

18. តើអ្នកអាចឈានឡើងបីជំហានដោយប្រើបង្កាន់ដៃដោយគ្មានជំនួយដៃរឺឬទេ ?

ចាស់/បាទ

ទេ

សូមពន្យល់ ៖ _____

19. តើសមត្ថភាពក្នុងការធ្វើដំណើរ ឬការរង់ចាំនៅខាងក្រៅអាគារអ្នក រងការប៉ះពាល់ដោយអាកាសធាតុ ក្តៅ ឬត្រជាក់ពេកដែរឬទេ ?

ចាស់/បាទ

ទេ

ប្រសិនបើចាំ/បាទ សូមរៀបរាប់ពីស្ថានភាពដែលអ្នកមិនអាចទ្រាំទ្របាន ? _____

20. តើអ្នកអាចឡើងជិះ ឬចុះពីរថយន្តក្នុងស្តង់ដារដែលមានបំពាក់ជណ្តើរយន្តសម្រាប់កៅអីរុញដែរ ឬទេ ?

ចាំ/បាទ

ទេ

សូមពន្យល់ប្រសិនបើចាំបាច់ ៖ _____

ផ្នែកទី២
ព័ត៌មានស្តីពីចល័តភាព (ត)

21. តើអ្នកអាចធ្វើដំណើរដោយឯករាជ្យដោយគ្មានជំនួយដែរឬទេ ?

ចាំ/បាទ ទេ

22. តើអ្នកអាចស្នើសុំ យល់ និងអនុវត្តតាមការណែនាំដែរឬទេ ?

ចាំ/បាទ ទេ

23. ប្រសិនបើពាក្យសុំនេះ ត្រូវបានបំពេញដោយបុគ្គលណាមួយក្រៅពីបេក្ខជន បុគ្គលនោះត្រូវបំពេញនូវ
ព័ត៌មានដូចខាងក្រោម ៖

ឈ្មោះ: _____

អាសយដ្ឋាន: _____

ទីក្រុង: _____ រដ្ឋ: _____ លេខប្រៃសណីយ៍: _____

លេខទូរសព្ទ: _____

ហត្ថលេខា: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____

**ឥឡូវនេះ អ្នកបានបំពេញផ្នែកនៃពាក្យសុំសិទ្ធិទទួលបានរបស់បេក្ខជន។ សូម
ប្រគល់ពាក្យសុំពេញលេញនេះទៅឲ្យអ្នកជំនាញផ្នែកថែទាំសុខភាពដែល
យល់ច្បាស់បំផុតពីដែនកំណត់មុខងាររបស់អ្នក។**

ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឲ្យ RIPTA និងកម្មវិធី Ride របស់ខ្លួនទទួលបាននូវព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ និងព័ត៌មានស្តីពីសុខភាពណាមួយរបស់ខ្ញុំដែលមានការពារ ហើយ
អនុញ្ញាតឲ្យបង្ហាញព័ត៌មានទាំងនេះដល់ស្ថាប័នសមស្របនានាដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ប្រាក់លើប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព ការព្យាបាល ឬទៅតាមការ
អនុញ្ញាត ឬតម្រូវដោយវិធានស្តីពីសិទ្ធិឯកជន និងអនុលោមតាមបទបញ្ញត្តិសហព័ន្ធទាំងអស់របស់ HIPAA ។

ខ្ញុំដឹងថា ដើម្បីអនុញ្ញាតឲ្យ RIPTA វាយតម្លៃពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំនោះ វាអាចនឹងចាំបាច់ដែលត្រូវទាក់ទងទៅកាន់អ្នកជំនាញផ្នែកថែទាំសុខភាពដែលបានបំពេញផ្នែក
ទី៣ នៃពាក្យសុំនេះ ហើយគេអាចនឹងតម្រូវឲ្យខ្ញុំបំពេញការវាយតម្លៃបែបវិជ្ជាជីវៈមួយនៅកន្លែងធ្វើតេស្តទៅតាមការជ្រើសរើសរបស់ RIPTA ។

ខ្ញុំក៏អនុញ្ញាតឲ្យអ្នកជំនាញផ្នែកថែទាំសុខភាពប្រើប្រាស់លេខសម្គាល់ Ride របស់ខ្ញុំដើម្បីកំណត់ពេលធ្វើដំណើរ Ride ជំនួសខ្ញុំផងដែរ។ ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោម
នេះ នឹងផ្តល់ការអនុញ្ញាតនោះ។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានដែលផ្តល់ជូននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ គឺត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដមែន។

ហត្ថលេខា: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____

ផ្នែកទី៣
ការបញ្ជាក់របស់អ្នកជំនាញផ្នែកថែទាំសុខភាព

ផ្នែកនៃពាក្យសុំនេះ គឺត្រូវបំពេញដោយអ្នកជំនាញផ្នែកថែទាំសុខភាព ឬស្ថានីតិសម្បទា ដែលជាទូទៅគឺជាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគិលានុបដ្ឋាក។

ផ្នែកទី៣នេះ មិនមែនសម្រាប់ធ្វើការបញ្ជាក់អំពីស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់បេក្ខជននោះទេ ប៉ុន្តែដើម្បីកំណត់ពីប្រសិទ្ធភាពនៃស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រលើសមត្ថភាពរបស់បេក្ខជនក្នុងការប្រើប្រាស់ដោយឯករាជ្យនូវថយន្តក្រុង RIPTA ធម្មតា ដោយខ្លួនពួកគេផ្ទាល់។

ត្រូវឆ្លើយគ្រប់សំណួរទាំងអស់ដើម្បីឲ្យពាក្យសុំនេះ មានលក្ខណៈពេញលេញ។
សម្គាល់ ៖ ថយន្តក្រុងធម្មតារបស់ RIPTA នីមួយៗត្រូវបានបំពាក់ដោយជណ្តើរយន្តសម្រាប់កៅអីរុញ។ លើសពីនេះ ប្រសិនបើបេក្ខជនអាចប្រើប្រាស់ថយន្តក្រុងធម្មតាបាននោះពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសំបុត្រថយន្តក្រុងដោយឥតគិតថ្លៃ ឬក្នុងតម្លៃ 1/2 ។

- 24. ឈ្មោះបេក្ខជន: _____
- 25. សមត្ថភាពដែលអ្នកស្គាល់បេក្ខជននេះ: _____

- 26. ធាតុវិនិច្ឆ័យ ឬស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលបណ្តាលឲ្យមានពិការភាពដែលរារាំងបេក្ខជនពីការជិះ ឡើងជិះ និង/ឬជិះលើថយន្តក្រុង RIPTA ដោយខ្លួនឯង។

- 27. តើស្ថានភាពនេះ បណ្តោះអាសន្នឬ? ចាស់/បាទ ទេ
- 28. តើបេក្ខជនធ្លាប់អាចជិះលើថយន្តក្រុងធម្មតារបស់ RIPTA ដែរឬទេ? _____
នៅពេលណា ស្ថិតក្រោមស្ថានភាពបែបណា? _____

ប្រសិនបើចម្លើយណាមួយ “មិនអាច” នោះ សូមពន្យល់ពីដែនកំណត់មុខងារនៅទំព័រទី៨។

29. តើបេក្ខជនអាច ឬមិនអាចអនុវត្តសកម្មភាពណាមួយដូចខាងក្រោម ?

(ក). អាចឈានឡើងជណ្តើរដែលមានកម្ពស់ពី3 ទៅ12 អ៊ីញបានលើរថយន្តក្រុង RIPTA ដោយគ្មានជំនួយ ?

អាច មិនអាច

(ខ). អាចឡើង/ចុះពីរថយន្តក្រុងធម្មតារបស់ RIPTA បានដោយគ្មានជំនួយ ?

អាច មិនអាច

(គ). អាចឡើងជិះ/ចុះពីរថយន្តក្រុងស្តង់ដាររបស់ RIPTA បានដោយឯករាជ្យជាមួយនឹងជណ្តើរយន្តសម្រាប់កៅអីរុញ ?

អាច មិនអាច

(ឃ). តើបេក្ខជនត្រូវការអ្នកអមដំណើរ/អ្នកជូនដំណើរនៅពេលធ្វើដំណើរដែរឬទេ ?

ចាំ/បាទ ទេ

30. ប្រសិនបើបេក្ខជនមានពិការភាពផ្នែកបញ្ញា តើបុគ្គលនេះ ៖

(ក). អាចអានស្លាកសញ្ញាព័ត៌មាន សួរ ឬអនុវត្តតាមការណែនាំដែរឬទេ ?

អាច មិនអាច

(ខ). អាចធ្វើដំណើរដោយឯករាជ្យដែរឬទេ ?

អាច មិនអាច

ប្រសិនបើទេ សូមពន្យល់ ៖ _____

31. ឈ្មោះអ្នកជំនាញផ្នែកថែទាំសុខភាព: _____

មុខតំណែងរបស់អ្នកជំនាញផ្នែកថែទាំសុខភាព: _____

អាសយដ្ឋានការិយាល័យ: _____

ទីក្រុង: _____ រដ្ឋ: _____ លេខប្រៃសណីយ៍: _____

លេខទូរសព្ទការិយាល័យ: _____ ទូរសារ: _____

ហត្ថលេខា: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____

យោបល់បន្ថែម

អាជ្ញាធរដឹកជញ្ជូនសាធារណៈរបស់រដ្ឋ Rhode Island
ជូនចំពោះ ៖ មន្ត្រីសម្របសម្រួល ADA
705 Elmwood Ave.
Providence, RI 02907