



## طلب للحصول على تعريف سفر مخفضة

متطلبات الوثائق الداعمة	فئات التأهيل على جميع مقدمي الطلبات تكملة القسم 1
بطاقة تعريف بصورة مع إثبات السن	الكبار في السن (65 سنة وما فوق)
قد يتم طلب إثبات العمر وإبراز بطاقة تعريف بصورة	الشباب (6-18 سنة)
بطاقة تعريف بصورة وبطاقة مديكاير حمراء وبيضاء وزرقاء	حاملي بطاقة مديكاير (Medicare)
بطاقة تعريف بصورة و DD214, VA ID، أو بطاقة محارب قديم.	المحاربون القدامى (Veterans)
بطاقة تعريف بصورة وأحدث رسالة تأهيلية	متلقي إعاقه SSI, SSDI, VA
بطاقة تعريف بصورة وشهادة من قبل أخصائي رعاية صحية مؤهل و / أو وكالة معتمدة (انظر الصفحة 2)	أصحاب الإعاقة المؤكدة طبياً – يجب على مقدم الرعاية إكمال القسم 2 / الصفحة 2

القسم 1: تُستكمل بواسطة مقدم الطلب

اسم العائلة / الاسم الأول / التاريخ:

عنوان المراسلة / الشقة/ رقم الوحدة / المدينة / الولاية / الرمز البريدي

رقم الهاتف (مع كود المنطقة) / تاريخ الميلاد / عنوان البريد الإلكتروني

الطريقة المفضلة للاتصال بك: العنوان البريدي / الهاتف / البريد الإلكتروني

فئة تخفيض تعريف السفر المخفضة: كبير في السن / مديكير / VA، SSDI، SSI / محارب قديم / الإعاقة / صغير في السن

اختر واحد: Dirigo TouchPass / تطبيق محمول / بطاقة مستخدم/ نقدية فقط

إذا كانت (TouchPass) Smartcard هل تريدنا أن نضع صورتك عليها؟ نعم / لا / بالبريد / الاستلام في  
(يمكن طباعة الصورة فقط في موقع مترو بورتلاند الكبرى)

أشهد بموجبه أن المعلومات المتضمنة في هذا الطلب حقيقية وصحيحة. أمنح الوكالة أو الوكالة الطبية المهنية تصريحاً بنشر معلومات تتعلق بإعاقتي. إنني أفهم أنه إذا تمت الموافقة على هذا الطلب، فسأكون مؤهلاً لتلقي تعريف سفر مخفضة (50% من التعريف العادية) بموجب نظام التعريفات الأوتوماتيكية Dirigo TouchPass. لن أقرض أو أعطي بطاقتي أو تطبيق الهاتف المحمول لأي شخص. إذا كنت أدفع نقداً، فسأقوم بإبراز بطاقتي لمشغل الباص حسبما هو مطلوب عند دفع تعريف الباص.

التوقيع: الاسم بشكل واضح: التاريخ:

معلومات الإعاقة المتحقق منها طبياً – انتقل إلى الصفحة 2

إذا شعر أخصائي الرعاية الصحية بأن فرد ما، كان بسبب مرضه أو إصابته أو عمره أو مرض عقلي أو ضعف إدراكي أو عجز أو عجز دائم أو مؤقت، بما في ذلك الأفراد العاجزين عن التنقل، والذين يستخدمون مساعدات التنقل كما أولئك الذين يتنقلون بصورة شبه جزئية، غير قادر بدون مرافق خاصة أو تخطيط أو تصميم خاص على الاستفادة من مرافق وخدمات النقل الجماعي بنفس فعالية الأشخاص غير المتأثرين بذلك (المادة 49 CFR 609.3 —التعريفات)، متأهلين للحصول على تعريف سفر مخفضة فيرجى توثيق ذلك في القسم 2. هذه الإعاقة أو العجز يجب أن يكون ناتجاً عن خفض القدرة على القيام بالأنشطة اللازمة لاستخدام خدمات الطريق الثابت المنتظم دون تلقي تدريب أو مساعدة خاصة.

القسم 2: يُستكمل هذا القسم من قبل مقدم رعاية صحية / وكالة صحية خلال 30 يوماً من تاريخ الطلب

من أجل التأهل للحصول على تعريف سفر مخفضة في إطار نظام Dirigo TouchPass، يجب أن يكون لدى زبونك/ مريضك المدرج في هذا الطلب حالة جسدية أو عقلية / إدراكية تدرج ضمن معايير الأهلية الطبية التي تحد بشكل كبير من نشاط كبير في الحياة، مثل العناية بنفسه، المشي، الرؤية، السمع، التحدث، التنفس، التعلم، و / أو العمل وتلبي المعايير القانونية لأهلية التعريف المخفضة المدرجة في الصفحة الأولى من هذا الطلب.

هل هذه الإعاقة دائمة؟  نعم  لا إذا لم تكن دائمة كم من الوقت تتوقع أن تستمر الإعاقة؟ \_\_\_\_\_

(ملاحظة: إذا كانت الإعاقة مؤقتة، فيجب أن تستمر لمدة 90 يوماً على الأقل كي تصبح مؤهلاً للحصول على تعريف سفر مخفضة).

إنني أشهد بموجبه بأنني: \_\_\_\_\_ استوفي معايير التعريف المخفضة كما هي مدرجة أعلاه،

والإعاقة المؤهلة هي: \_\_\_\_\_

اسم مقدم الرعاية الصحية/ممثل الوكالة: \_\_\_\_\_

توقيع مقدم الرعاية الصحية/ممثل الوكالة: \_\_\_\_\_

اسم المكتب أو الوكالة المقدمة للرعاية: \_\_\_\_\_

(يمكن استخدام ختم مقدم الرعاية في هذه المساحة أو إرفاق شهادة في ترويسة مقدم الرعاية.)

عنوان المكتب: \_\_\_\_\_

هاتف المكتب: \_\_\_\_\_ فاكس: \_\_\_\_\_ عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

إذا كانت هناك أسئلة بخصوص إتمام هذا النموذج، فيرجى الاتصال بالرقم 1-833-272-7270. يمكن إرسال النماذج المستكملة بواسطة الفاكس أو البريد أو يمكن تسليمها إلى وكالة النقل المحلية في منطقتك: BSOOB Transit (114 Valley St., Portland, 04102, or 21 Elm St. Pulse), South Portland Bus Service (South Portland Customer Service, Saco Transportation Center, 138 Main St., Saco, 04072), City Hall, 25 Cottage Rd., South Portland, 04106).

This section to be completed by transit staff

Approved by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Fare choice: \_\_\_ Dirigo TouchPass Card \_\_\_ with photo/ \_\_\_ without photo or \_\_\_ Mobile app

(A photo can only be printed at a Greater Portland Metro location)

RF ID # \_\_\_\_\_ 16-digit TouchPass # \_\_\_\_\_ Photo # \_\_\_\_\_ Exp. Date: \_\_\_\_\_

Type of supporting documentation: (ID, RWB Card, benefit letter, medical) \_\_\_\_\_

Photocopy of supporting documentation made: \_\_\_\_\_ Username: \_\_\_\_\_

State ID, type, number \_\_\_\_\_