

Pangalan ng Rider:

Numero ng telepono:

Caller Box 10007

Saipan, MP 96950

Telepono: 670-664-2682

Fax: 670-664-2692

Email: cnmicallaride@gmail.com

Paggamit lang ng COTA	
Natanggap ni:	
Petsa kung Kailan natanggap:	
	Inaprubahan Hindi naaprubahan
Petsa	
Inisyal	

Commonwealth Office of Transit Authority

Aplikasyon para sa Kwalipikado ng ADA Paratransit Services

Enero 2021



**Kung ikaw ay 55 taong gulang o mas matanda, naniniwala kang may kapansanan, o isang US
Beterano ng Militar**

*... na pumipigil sa iyo mula sa paggamit ng regular na transportasyon, mangyaring kumpletuhin ang application
na ito at bumalik sa address sa itaas upang matukoy ang iyong pagiging karapat-dapat na tumanggap*

Mga Serbisyo ng Paratransit ng ADA

Ang Americans with Disabilities Act (ADA) ay nangangailangan ng maihahambing na mga serbisyo sa pampublikong transportasyon para sa taong may mga kapansanan na hindi kaya, dahil sa kanilang kapansanan na gumamit ng isang regular na transportasyon.

Kung naniniwala kang mayroon kang kapansanan na pumipigil sa iyo sa paggamit ng regular na pampublikong transportasyon, mangyaring kumpletuhin ang application na ito at ibalik ito sa address sa ibaba upang matukoy ang iyong pagiging karapat-dapat.

Mahalaga na ang lahat ng bahagi ng application na ito ay nakumpleto. **Ikaw, ang aplikante, ang may pananagutan sa pagkumpleto ng buong application form.**

- Susuriin ng COTA ang iyong aplikasyon at pag-follow-up kung kinakailangan upang tukuyin ang iyong pagiging karapat-dapat para sa mga serbisyo ng paratransit.
- Aabisuhan ka ng COTA sa loob ng 15 araw pagkatapos matanggap ang iyong nakumpletong aplikasyon tungkol sa iyong pagiging karapat-dapat para sa mga serbisyo ng paratransit.

Kung hindi ka nakatanggap ng pagpapasiya pagkatapos ng 15 araw ng pagsusumite ng iyong aplikasyon, mangyaring tumawag sa (670) 664-2682. Kung tinanggihan ka sa pagiging karapat-dapat, may karapatan kang iapela ang desisyon sa pagiging karapat-dapat. Mangyaring makipag-ugnayan sa COTA sa proseso ng mga apela.

Mangyaring Ibalik ang Nakumpletong Application Form sa:

COTA Administrative Office

Pansin: G. John DLG. Demapan, Jr.

Suite 216, Marianas Business Plaza

Susupe, Saipan, MP 96950

Kung mayroon kang anumang mga katanungan tungkol sa proseso ng aplikasyon sa pagiging kwalipikado, Serbisyo ng Paratransit ng ADA, o iba pang bagay sa pagbibiyaha, mangyaring tumawag sa (670) 664 – 2682, fax 670-664-2692, magpadala ng email sa cnmicallaride@gmail.com o bisitahin ang aming website sa <http://www.cota.gov.mp>

Commonwealth Office of Transit Authority

Application ng ADA Paratransit Service Eligibility First Time Mag-apply Pag-renew Muling nag-aaplay**SEKSYON 1 : Personal na Impormasyon**Suriin 1: Ginoo. Gng. Miss Iba pa _____ (Dr./Rev., atbp.)

Pangalan: _____

Huling

Una

Gitnang Inisyal

Mailing Address

Address

lungsod

Estado

Zip Code

Address ng tirahan: _____

nayon

kalye

Bahay/Apt.#

Araw ng kapanganakan: _____ (mm/dd/yy)

Telepono: (H): _____ (SA): _____ (Sell): _____

Email Address: _____

Emergency contact:

Pangalan: _____ Relasyon: _____ Contact Number: _____

1. Pakilarawan ang iyong kapansanan at ipaliwanag nang detalyado kung paano ka nito pinipigilan

mula sa paggamit ng regular na transportasyon: _____

_____2. Ang aking kondisyon ay Permanenteng Pangmatagalang Pansamantala _____ (Inaasahang tagal)

3. Mayroon bang iba pang kundisyon na naglilimita sa iyong kakayahang gamitin ang COTA Van?

 Oo Hindi Kung oo, pakipaliwanag : __________

SEKSYON 2: Impormasyon sa Mobility

Mobility: (Pakilagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop)

- Gumagamit ng Cane
 Gumagamit ng Walker
 Gumagamit ng mga saklay
 Gumagamit ng Serbisyong Hayop
 Kailangang gumamit ng elevator sa halip na mga hakbang
 Nangangailangan ng Iba pang Portable Oxygen _____

Wheelchair: Manwal Motorized Multi-Wheel Scooter

Haba at lapad: _____

- Gamit ang mobility aid o sa iyong sarili, ilang bloke ang maaari mong lakaran sa patag na lupa (tanyahin ang 1 bloke = 500 talampakan)? Bilang ng mga Block: _____
- Kailangan mo ba ng Personal Care Attendant (PCA) o escort para samahan ikaw kapag naglalakbay ka? Oo Hindi
- Kung nilagyan mo ng check ang **OO**, pakilista ang (mga) pangalan ng iyong PCA (ahensiya o escort):

Pangalan: _____ Address: _____ Telepono: _____

Pangalan: _____ Address: _____ Telepono: _____

Pangalan: _____ Address: _____ Telepono: _____

- Pinipigilan ka ba ng iyong kapansanan na makarating sa o mula sa iyong bahay patungo sa iyong driveway? Oo Hindi Kung **OO**, pakipaliwanag: **(DAPAT KUMPLETO)**

- Maaari ka bang umakyat ng tatlong (3) hakbang nang walang tulong? Oo Hindi Kung **HINDI**, pakipaliwanag:

- Ang iyong kakayahang maglakbay o maghintay sa labas ay apektado ng matinding init o lamig lagay ng panahon? Oo Hindi Kung **OO**, mangyaring ilarawan ang mga kondisyon na hindi mo kayang tiisin.

7. Maaari ka bang sumakay o bumaba mula sa isang sasakyan ng COTA na may wheelchair Hindi **ñ** buhatin? Oo^ñ Kung **HINDI**, mangyaring ipaliwanag:

8. Nagagawa mo bang mag-isa nang walang tulong?

Oo^ñ Hindi **ñ** Kung **HINDI**, pakipaliwanag:

9. Nagagawa mo bang humingi, maunawaan at sundin ang mga direksyon?

Oo^ñ Hindi **ñ** Kung **HINDI**, pakipaliwanag:

Upang masuri ng COTA ang iyong aplikasyon, kinakailangang makipag-ugnayan sa isang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan upang i-verify ang impormasyong iyong ibinigay.

Ang iyong lagda sa susunod na pahina ay magbibigay ng pahintulot.

Pakilista ang mga pangalan ng isang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan (lisensyadong manggagamot, therapist, social worker, o nars, o sertipikado o rehistradong espesyalista) na itinalaga ng aplikante, na maaaring makontak ng COTA.

Pangalan ng Health Care Professional: _____

Opisina/ Tirahan sa Pagkoreo: _____

lungsod _____ Estado _____ Zip Code _____ Telepono _____

Sa pamamagitan nito, pinatutunayan ko na ang impormasyong ibinigay sa application na ito ay tama. Pinapahintulutan ko ang pagpapalabas ng impormasyon at mga larawan sa Commonwealth Office of Transit Authority (COTA). Pinapahintulutan ko rin ang COTA na makipag-ugnayan sa propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na nakakumpleto ng Seksyon 3 ng seksyong ito upang maglabas ng impormasyon tungkol sa aking kapansanan sa COTA. Ang impormasyon tungkol sa aking kapansanan ay gagamitin lamang upang matukoy ang aking pagiging karapat-dapat para sa mga serbisyo ng paratransit.

I-print at Lagdaan: _____ Petsa: _____

Kung hindi ikaw ang aplikante ngunit nakumpleto mo na ang aplikasyong ito sa ngalan ng aplikante, dapat mong ibigay ang sumusunod na impormasyon:

Buong pangalan (Print): _____ Telepono: _____

Mailing Address: _____ Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Relasyon sa aplikante: _____

Sa pamamagitan nito, pinatutunayan ko na sa abot ng aking kaalaman ang impormasyong ibinigay sa itaas ay tama at maaaring mapatunayan ng propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan ng aplikante.

Lagda: _____ Petsa: _____ (mm/dd/yy)

Mangyaring magbigay ng mga direksyon at gumuhit ng mapa sa iyong tirahan sa kahon na ibinigay sa ibaba.

Kung ikaw ay 55 taong gulang o mas matanda mangyaring huminto dito at isumite ang nakumpletong aplikasyon sa COTA

PARA SA MGA BETERANONG MILITAR NG Estados Unidos

Mangyaring magbigay ng kopya ng wastong DD FORM 214 para sa patunay ng katayuang beterano at isa pang balidong ID.

Nakumpleto mo na ngayon ang seksyon ng aplikante ng ADA Paratransit Eligibility Form. Pakibigay ang buong Aplikasyon na ito sa Health Care Professional na pinakapamilyar sa iyong mga kakayahan at kapansanan _____

Seksyon 3: Pangangalaga sa kalusugan – Propesyonal na Pag-verify

VERIFICATION OF PARATRANSIT ELIGIBILITY Propesyonal sa

Pangangalagang Pangkalusugan Pagpapatunay ng Kapansanan ng Aplikante at Mga Kakayahang Gumagamit

Ang bahaging ito ng application form ay dapat kumpletuhin ng isang Health Care Professional, na pamilyar sa mga kakayahan at kapansanan ng aplikante, dahil nauugnay ang mga ito sa kanilang mga kakayahan sa paglalakbay sa paligid ng komunidad.

Ang naka-attach na aplikante ay nag-apply para sa ADA Paratransit Service sa Commonwealth Office of Transportation Authority (COTA). Hinihiling sa iyo na magbigay ng impormasyon tungkol sa kapansanan ng aplikanteng ito dahil nakakaapekto ito sa kanilang kakayahang gumamit ng regular na transportasyon upang lumipat sa komunidad. Pakitandaan na ang lahat ng aming mga van ay may gamit sa elevator para sa mga indibidwal na gumagamit ng mga wheelchair, scooter o hindi makagamit ng mga hakbang.

Ibinigay ng COTA ang serbisyong paratransit (Curb-to-Curb) sa mga taong hindi makagamit ng regular na transportasyon. Hindi lahat ng taong may kapansanan ay kwalipikado para sa mga serbisyo ng paratransit.

Mangyaring tulungan ang aming tanggapan sa pagtukoy sa estado ng pagiging karapat- _____ dapat ng _____. Sa pamamagitan ng pagrepaso sa kalakip na aplikasyon at pagkumpleto sa kalakip na verification ng paratransit eligibility form. Kung meron kang kahit ano

mga tanong tungkol sa pagiging kwalipikado ng ADA Paratransit, mangyaring makipag-ugnayan sa COTA sa (670-664-2276).

Nasuri ko ang kalakip na aplikasyon, at Sumasang-ayon/Hindi Sumasang-ayon ako sa ibinigay na impormasyon. Kung ikaw ay nasa bilog na hindi sumasang-ayon, pakipaliwanag kung bakit:

Hindi magagamit ng aplikante ang regular na transportasyon dahil:

Pansamantala: Inaasahang tagal hanggang Long _____ (mm/dd/yy)

Term: Mga kundisyon na may potensyal para sa pagpapabuti o mahabang panahon ng pagpapatawad

Permanente: Kundisyon na walang inaasahang pagpapabuti.

Sa pamamagitan nito, pinatutunayan ko na ang impormasyon sa itaas ay totoo. Ang maling pag-verify ay maaaring magresulta sa pagkadiskwalipikasyon ng aplikante.

Buong pangalan (Print at Sign): _____ Petsa: _____