

# HƯỚNG DẪN ĐĂNG KÝ

Tất cả người nộp đơn phải nộp đơn đăng ký hoàn chỉnh bao gồm hai biểu mẫu

(1) Biểu Mẫu Bản Câu Hỏi Chứng Nhận

(2) Biểu Mẫu Xác Minh của Chuyên Gia

## BƯỚC 1 Điền Bản Câu Hỏi Chứng Nhận

Bản Câu Hỏi Chứng Nhận phải do người nộp đơn hoặc luật sư của người nộp đơn điền. Biểu mẫu phải được điền đầy đủ và ký bởi người nộp đơn hoặc người giám hộ của người nộp đơn và người đã hỗ trợ người nộp đơn trong quá trình hoàn thiện đơn đăng ký.

## BƯỚC 2 Điền Biểu Mẫu Xác Minh của Chuyên Gia

Một trong những chuyên gia hiểu rõ về tình trạng của người nộp đơn sau phải điền Biểu Mẫu Xác Minh của Chuyên Gia:

- Bác Sĩ hoặc Bác Sĩ Tâm Thần
- Bác Sĩ Trị Liệu Chức Năng
- Bác Sĩ Tâm Lý
- Bác Sĩ Vật Lý Trị Liệu
- Nhân Viên Xã Hội Độc Lập Được Cấp Phép (LISW, LICSW)
- Bác Sĩ Trị Liệu theo hình thức Giải Trí
- Chuyên Gia Âm Ngữ/Ngôn Ngữ
- Chuyên Gia Định Hướng và Vận Động Được Chứng Nhận
- Ý Tá Đã Đăng Ký (RN)
- Bác Sĩ Nắn Chỉnh (DC)

Để hoàn thành Biểu Mẫu Xác Minh của Chuyên Gia

1. Điền và ký vào Ủy Quyền Tiết Lộ thông tin.
2. Gửi Biểu Mẫu Xác Minh của Chuyên Gia cho chuyên gia được chỉ định của quý vị.
3. Chờ chuyên gia gửi lại Biểu Mẫu Xác Minh của Chuyên Gia cho quý vị. Kiểm tra lại với chuyên gia nếu quý vị không nhận được biểu mẫu đúng hạn.

## BƯỚC 3 Nộp Cả Hai Biểu Mẫu

Nộp cả Bản Câu Hỏi Chứng Nhận và Biểu Mẫu Xác Minh của Chuyên Gia trong cùng một phong bì đến địa chỉ:

Metro Mobility Service Center

390 N. Robert Street

Saint Paul, MN 55101-1805

Chúng tôi không nhận đơn đăng ký qua fax HOẶC e-mail

Xem thêm thông tin ở mặt sau

## **BƯỚC 4 Đánh Giá Trực Tiếp**

Thông thường, các biểu mẫu này cung cấp cho Nhân Viên của Metro Mobility tất cả các thông tin cần thiết để quyết định tính đủ điều kiện. Tuy nhiên đôi khi họ vẫn cần thêm thông tin. Trong trường hợp này, chúng tôi có thể yêu cầu người nộp đơn đến để “đánh giá trực tiếp”.

Đánh giá này có thể bao gồm:

- Một cuộc trò chuyện về khả năng vận động hiện tại của người nộp đơn. Nhân viên đánh giá của Metro Mobility sẽ trao đổi xem hiện tại quý vị thường đi lại bằng cách nào.
- Một chuyến xe buýt giả lập trên máy tính. Bài kiểm tra tiêu chuẩn này được thiết kế để đo lường khả năng nhận thức khi sử dụng các tuyến xe buýt, đường sắt nội thành hoặc tàu thông thường của một người. (Đánh Giá Chức Năng về Kỹ Năng Di Chuyển Có Nhận Thức hay gọi tắt là FACTS.)
- Một cuộc tản bộ bên ngoài hoặc qua đường trên cao. Việc này sẽ giúp xác định những thứ như khả năng thể chất để đến các tuyến xe buýt, đường sắt nội thành hoặc tàu thông thường, cũng như khả năng nhớ và nhận ra các địa danh.
- Một bài kiểm tra đi bộ và giữ thăng bằng tiêu chuẩn. Bài kiểm tra tiêu chuẩn này giúp đo lường nguy cơ bị ngã của một người. (Bài Kiểm Tra Dáng Đi và Thăng Bằng Tinetti.)

Xin lưu ý rằng những người nộp đơn được yêu cầu đến để đánh giá trực tiếp sẽ vẫn được xử lý đơn đăng ký trong vòng 21 ngày dương lịch.

### **Các Vấn Đề Thường Xảy Ra**

Để đưa ra quyết định trong vòng 21 ngày dương lịch, Trung Tâm Dịch Vụ Metro Mobility phải nhận được đơn đăng ký hoàn chỉnh. Có một số thứ có thể khiến đơn đăng ký trở nên không hoàn chỉnh. Bằng cách kiểm tra lại những thứ này TRƯỚC KHI nộp đơn đăng ký, quý vị có thể tránh được sự chậm trễ trong công tác xử lý.

1. Thiếu một trong hai biểu mẫu. Đơn đăng ký của quý vị phải bao gồm cả Bản Câu Hỏi Chứng Nhận và Xác Minh của Chuyên Gia. Hãy đảm bảo gửi cả hai biểu mẫu này trong cùng một phong bì.
2. Một trong hai biểu mẫu thiếu chữ ký. Cả Bản Câu Hỏi Chứng Nhận và Xác Minh của Chuyên Gia đều phải được ký. Nếu người nộp đơn hoặc chuyên gia quên ký vào biểu mẫu thì đơn đăng ký sẽ bị coi là không hoàn chỉnh.
3. Thiếu thông tin chứng nhận chuyên gia. Các chuyên gia phải ghi rõ chức danh và thông tin chứng nhận của họ khi ký Xác Minh của Chuyên Gia.

Đơn đăng ký không hoàn chỉnh sẽ được trả lại cho người nộp đơn một lần. Nếu người nộp đơn nộp lại đơn đăng ký lần hai nhưng vẫn không hoàn chỉnh thì Trung Tâm Dịch Vụ Metro Mobility sẽ giữ đơn đăng ký trong 60 ngày trước khi hủy bỏ.

Đơn đăng ký phải được xử lý trong vòng 21 ngày dương lịch. Nếu đơn đăng ký hoàn chỉnh đã nộp của quý vị không được xử lý trong vòng 21 ngày, quý vị sẽ được trao tính đủ điều kiện giả định để nhận dịch vụ Metro Mobility cho đến khi đơn đăng ký của quý vị được xử lý.

Quý vị có thắc mắc? Vui lòng gọi số 651-602-1111.

# BẢN CÂU HỎI CHỨNG NHẬN

Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật (ADA) | Tính Đủ Điều Kiện hưởng dịch vụ Chuyên Chở Người Khuyết Tật

1. Xem Hướng Dẫn đăng ký
2. Nếu quý vị có thêm câu hỏi, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của Metro Mobility theo số (651) 602-1111 thoại, (651) 221-9886 TTY.
3. Biểu mẫu này sẽ bị coi là không hoàn chỉnh nếu không được gửi kèm với xác minh hoàn chỉnh của chuyên gia.

Chúng tôi không nhận đơn đăng ký qua fax

Đơn đăng ký này và các thông tin bằng văn bản trong tương lai có sẵn dưới dạng bản in khổ lớn. Bản in khổ lớn có phù hợp hơn với nhu cầu của quý vị không?

## PHẦN 1 Dữ liệu người nộp đơn

Vui lòng viết in hoa hoặc đánh máy

Tên: Tên Tên Đệm Họ

Địa Chỉ Phố: Căn Hộ Số:

Thành Phố: Mã Zip:

Số Điện Thoại Liên Hệ Ban Ngày: Số Điện Thoại Liên Hệ Buổi Tối:

Địa Chỉ Email:

Tôi muốn được liên hệ qua email: Có Không

Ngày Sinh

Quý vị có thẻ ID hoặc giấy phép lái xe của tiểu bang Minnesota không? Có Không

Số Thẻ ID Số Giấy Phép Lái Xe Năm Hết Hạn

Địa Chỉ Gửi Thư (nếu khác với ở trên)

Địa Chỉ Phố: Căn Hộ Số:

Thành Phố: Mã Zip

Người Liên Hệ Trong Trường Hợp Khẩn Cấp

Tên:

Số Điện Thoại Liên Hệ Ban Ngày: Số Điện Thoại Liên Hệ Buổi Tối:

1. Quý vị có thể di chuyển bằng xe hơi không? Có Không

2. Nếu quý vị dùng xe lăn hoặc xe tay ga:  
Xe của quý vị có rộng hơn 30 inch không? Có Không  
Xe của quý vị có dài hơn 48 inch không? Có Không  
Xe của quý vị có nặng hơn 600 pound tính cả trọng lượng của người điều khiển và xe không? Có Không
3. Quý vị sử dụng thiết bị hỗ trợ nào sau đây, nếu có? (Vui lòng đánh dấu tất cả các ô thích hợp.)
  - Gậy
  - Gậy Trắng
  - Khung Tập Đi
  - Nạng
  - Xe Lăn Điều Khiển Bằng Tay
  - Xe Lăn Điện
  - Xe Tay Ga/Xe Đẩy Điện
  - Ghế Sử Dụng Trên Xe
  - Động Vật Phục Vụ
  - Máy Tạo Oxy Di Động
  - Thanh Đỡ Chuyển Vị Trí
  - Bộ Phận Giả
  - Thiết Bị Hỗ Trợ Giao Tiếp
  - Khác (vui lòng mô tả):
4. Tình trạng sức khỏe/khuyết tật của quý vị có bắt buộc quý vị sử dụng dịch vụ Metro Mobility không:  
Theo mùa (tháng 11 – tháng 4)  
Vĩnh viễn Tạm thời  
Nếu tạm thời thì trong bao lâu? Tuần Tháng
5. Tình trạng sức khỏe/khuyết tật của quý vị có thay đổi hàng ngày theo những cách đôi khi làm gián đoạn khả năng sử dụng dịch vụ xe buýt thành phố tuyến thông thường của quý vị không? Có Không  
Nếu có, vui lòng giải thích:
6. Khi sử dụng dịch vụ Metro Mobility, tình trạng sức khỏe/khuyết tật của quý vị có khiến quý vị phải đi cùng với một người để hỗ trợ và/hoặc giám sát quý vị không? Có Không

## **PHẦN 2 Các câu hỏi về việc sử dụng dịch vụ chuyên chở công cộng theo tuyến thông thường**

Hãy hoàn thành Phần 2 ngay cả khi quý vị không thể sử dụng dịch vụ xe buýt theo tuyến thông thường, đường sắt nội bộ hoặc tàu. Thông tin này sẽ giúp chúng tôi xác định xem tình trạng khuyết tật/sức khỏe của quý vị ảnh hưởng như thế nào đến khả năng sử dụng các dịch vụ theo tuyến thông thường của quý vị.

7. Hiện quý vị có thể sử dụng dịch vụ xe buýt thành phố theo tuyến thông thường một cách độc lập không? Có Không Đôi Khi  
Nếu “Có” hoặc “Đôi Khi,” thì với mức độ thường xuyên như thế nào? mỗi tuần mỗi tháng mỗi năm

Điều nào sau đây mô tả đúng nhất cách quý vị sử dụng dịch vụ xe buýt thành phố theo tuyến thông thường?

- Chỉ để đi đến và đi từ một địa điểm
- Để đi đến và đi từ một vài địa điểm
- Để đi đến và đi từ nhiều địa điểm khác nhau

Giải thích điều khiến quý vị không thể sử dụng dịch vụ xe buýt thành phố theo tuyến thông thường một cách độc lập.

8. Quý vị đã bao giờ được đào tạo sử dụng dịch vụ xe buýt thành phố theo tuyến thông thường chưa?  
Rồi Chưa
9. Quý vị có thể di chuyển bao xa mà không có sự hỗ trợ của một người khác khi sử dụng thiết bị hỗ trợ vận động hoặc tự mình di chuyển?  
 3 tòa nhà  
 6 tòa nhà  
 9 tòa nhà trở lên  
 Ít hơn 3 tòa nhà
10. Tôi có thể chờ xe buýt thành phố theo tuyến thông thường (đánh dấu tất cả các ô thích hợp):  
 Chỉ khi có băng ghế hoặc nhà chờ  
 Tối đa 15 phút  
 Hơn 15 phút
11. Vui lòng đánh dấu các mục dưới đây nếu chúng có liên quan đến khả năng sử dụng xe buýt thành phố theo tuyến thông thường, đường sắt nội bộ hoặc tàu của quý vị:

Tôi: Có Không Đôi Khi

- A. Có thể chịu được thời tiết rất nóng hoặc rất lạnh
- B. Có thể nhận ra các điểm đến, điểm dừng xe buýt hoặc địa danh
- C. Có thể chịu được ô nhiễm không khí (sương, khói, nước hoa)
- D. Không bị quáng gà
- E. Có thể nhận biết các thông tin được in
- F. Có thể nghe và xử lý lời nói hoặc thông tin âm thanh
- G. Có thể truyền đạt nhu cầu
- H. Có thể làm theo chỉ dẫn
- I. Có thể đối phó với những tình huống không lường trước hoặc những thay đổi trong lịch trình (ví dụ: xe buýt đi đường vòng)
- J. Có thể di chuyển an toàn và hiệu quả qua các địa điểm đông và/hoặc phức tạp
- K. Có thể nhận ra các thay đổi về địa hình
- L. Có thể đi dọc vỉa hè và các lối cho người đi bộ khác một cách độc lập
- M. Có thể qua đường một cách độc lập
- N. Có thể tìm đúng điểm dừng xe buýt
- O. Có thể xác định đúng xe buýt
- P. Có thể lên và xuống xe buýt bằng thiết bị nâng nếu cần
- Q. Có thể cho tiền vé vào hộp tiền vé hoặc xuất trình vé xe buýt
- R. Có thể đến vị trí ghế ngồi/xe lăn và ngồi cố định trong thời gian đi xe buýt
- S. Biết phải làm gì nếu bị lỡ xe buýt

Nếu quý vị đánh dấu “Không” hoặc “Đôi Khi” cho bất kỳ mục nào trong câu hỏi 11, vui lòng giải thích:

### **PHẦN 3 Chữ ký của người nộp đơn**

Thông tin được cung cấp trong biểu mẫu này là dữ liệu cá nhân và được sử dụng để xác định tính đủ điều kiện hưởng dịch vụ chuyên chở người khuyết tật theo ADA. Khả năng xác định tính đủ điều kiện của quý vị tùy thuộc vào việc nhận đủ tất cả thông tin được yêu cầu trong biểu mẫu này. Tất cả các thông tin y tế, hình ảnh hoặc địa điểm liên quan đến đơn đăng ký hoặc người sử dụng dịch vụ chuyên chở người khuyết tật theo ADA đều là thông tin cá nhân. Các thông tin liên quan đến Metro Mobility sẽ không được tiết lộ cho bất kỳ ai khác, trừ khi người nộp đơn hoặc người sử dụng cho phép tiết lộ bằng văn bản. Nếu quý vị được xác định đủ điều kiện hưởng dịch vụ chuyên chở người khuyết tật theo ADA,

thông tin về tình trạng đủ điều kiện của quý vị sẽ được nhập vào cơ sở dữ liệu do Bộ Phận Dịch Vụ Tài Xế và Phương Tiện, Sở An Toàn Công Cộng Minnesota duy trì. Thông tin này có thể được Bộ Phận Giấy Phép Lái Xe thuộc Sở An Toàn Công Cộng sử dụng để (1) Kiểm tra lại khả năng lái xe của quý vị hoặc, (2) Yêu cầu quý vị nộp lại giấy phép của mình nếu một tình trạng khuyết tật nghiêm trọng đã phát triển kể từ khi giấy phép hiện hành được cấp.

Tôi xác nhận rằng tất cả thông tin trong biểu mẫu đăng ký này đều chính xác. Tôi hiểu rằng các thông tin sai sự thật hoặc xuyên tạc sự thật sẽ khiến tôi không đủ điều kiện hoặc từ chối tính đủ điều kiện theo ADA. Tôi cũng hiểu rằng mình có thể được yêu cầu cung cấp các thông tin bổ sung liên quan đến tình trạng sức khỏe hoặc khuyết tật của mình để xác định tính đủ điều kiện. Thông tin này có thể được thu thập thông qua đánh giá trực tiếp hoặc bằng cách yêu cầu thông tin từ một chuyên gia hiểu rõ tình trạng sức khỏe hoặc khuyết tật của tôi. Các thông tin bổ sung sẽ chỉ được yêu cầu khi các thông tin đã cung cấp trong biểu mẫu đăng ký không xác định rõ ràng tính đủ điều kiện hưởng dịch vụ chuyên chở người khuyết tật theo ADA.

Chữ Ký của Người Nộp Đơn: Ngày:

\*Nếu người nộp đơn không phải là người giám hộ của chính họ thì phải cung cấp các thông tin sau về người giám hộ:

Tên Người Giám Hộ: (vui lòng viết in hoa) Tên Tên Đệm Họ

Số Điện Thoại Liên Hệ Ban Ngày:

Chữ Ký của Người Giám Hộ: Ngày:

\*Nếu biểu mẫu được điền bởi một người nào đó không phải là người nộp đơn hoặc người giám hộ của người nộp đơn, vui lòng cung cấp các thông tin sau về người điền:

Tên: (vui lòng viết in hoa) Tên Tên Đệm Họ

Số Điện Thoại Liên Hệ Ban Ngày:

Chữ Ký của Người Điền: Ngày

# ĐĂNG KÝ TÍNH ĐỦ ĐIỀU KIỆN CÓ XÁC MINH CỦA CHUYÊN GIA

Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật (ADA)

1. Điền và ký vào “Ủy Quyền Tiết Lộ Thông Tin”.
2. Gửi cho chuyên gia được chỉ định của quý vị.
3. Chờ chuyên gia gửi lại biểu mẫu này cho quý vị. Kiểm tra lại với chuyên gia nếu quý vị không nhận được thông tin của mình.
4. Biểu mẫu này sẽ bị coi là không hoàn chỉnh nếu không được Gửi Kèm với Bản Câu Hỏi Chứng Nhận hoàn chỉnh.

Chúng tôi không nhận đơn đăng ký qua fax

## PHẦN A Ủy Quyền Tiết Lộ Thông Tin

Vui lòng viết in hoa hoặc đánh máy (sau khi điền hãy gửi cho chuyên gia mà quý vị đã nêu)

Tên Người Nộp Đơn:

Ngày Sinh

Địa Chỉ của Người Nộp Đơn: Căn Hộ Số:

Thành Phố: Tiểu Bang: Mã Zip:

Số Điện Thoại của Người Nộp Đơn

Tôi ủy quyền cho chuyên gia sau tiết lộ thông tin cụ thể của Trung Tâm Dịch Vụ Metro Mobility (MMSC) theo yêu cầu. Tôi hiểu rằng thông tin được tiết lộ sẽ chỉ được sử dụng để xác định tính đủ điều kiện hưởng dịch vụ chuyên chở người khuyết tật theo ADA của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi ủy quyền này bất kỳ lúc nào. Trừ khi bị thu hồi, biểu mẫu này sẽ cho phép chuyên gia dưới đây tiết lộ thông tin được mô tả trong sáu tháng sau ngày được ghi bên dưới.

Tên Chuyên Gia: Chức Danh:

Chữ Ký của Người Nộp Đơn: Ngày:

Phải có chữ ký của người giám hộ nếu người nộp đơn không phải là người giám hộ của chính họ,

Chữ Ký của Người Giám Hộ: Ngày:

## PHẦN B Biểu Mẫu Xác Minh của Chuyên Gia cho dịch vụ Metro Mobility

Kính Gửi Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe:

Chúng tôi yêu cầu quý vị cung cấp thông tin về tình trạng khuyết tật của người này. Luật Liên Bang quy định rất rõ ràng về tính đủ điều kiện hưởng dịch vụ chuyên chở người khuyết tật theo ADA. Luật chỉ giới hạn tính đủ điều kiện cho các cá nhân:

1. do tình trạng khuyết tật, không thể lên, đi hoặc xuống xe buýt tuyến cố định thông thường hoặc tàu đường sắt nội thành hoặc xe hơi
2. có một tình trạng liên quan đến suy giảm cụ thể khiến họ không thể đến hoặc đi từ điểm dừng xe buýt

VUI LÒNG LƯU Ý: Điều này không bao gồm những người cảm thấy khó khăn hoặc khó chịu khi đến và đi từ điểm dừng xe buýt. Khi cung cấp thông tin, quý vị chỉ nên xem xét tình trạng khuyết tật hoặc tình trạng sức khỏe chứ không xem xét tuổi hay tình trạng kinh tế của người nộp đơn. Nhân viên Metro Mobility sẽ đưa ra quyết định cuối cùng về trạng thái đủ điều kiện.

Phần này phải được điền cho tất cả người nộp đơn

### *Thông Tin Chung*

- Mô tả tình trạng khuyết tật được chẩn đoán mà quý vị hiện đang điều trị cho cá nhân này:
- Mô tả bất kỳ tình trạng sức khỏe hoặc khuyết tật nào khác được chẩn đoán cho cá nhân này:
- Ngày khởi phát
- Ngày thăm khám cuối
- Quý vị đã làm việc với cá nhân này bao lâu rồi? Kể từ
- Tình trạng khuyết tật là tạm thời hay vĩnh viễn?
  - Nếu là vĩnh viễn thì khuyết tật có tiến triển không? Có Không
  - Nếu là tạm thời, vui lòng đưa ra ước tính chính xác nhất về tỷ lệ phục hồi.
- Liệu pháp trị liệu có phải là một phần trong công tác điều trị không? Có Không  
Nếu có, hãy mô tả ngắn gọn
- Nhiệt độ cực đoan có ảnh hưởng đến cá nhân không?  
(Ví dụ: Chỉ số nhiệt hơn 85 độ hoặc gió lạnh dưới 10 độ) Có Không  
Nếu có thì ảnh hưởng như thế nào?
- Vui lòng liệt kê tất cả các loại thuốc.
- Cá nhân này có tuân thủ việc dùng thuốc không? Có Không
- Cá nhân hiện có sử dụng phương tiện giao thông công cộng tuyến thông thường không? Có Không  
Không Chắc
- Đánh giá của cá nhân có bị suy giảm không? Có Không
- Sự ức chế hành vi có bị suy giảm không? Có Không
- Cá nhân có thể đi bộ không? Có Không
- Cá nhân có sử dụng thiết bị hỗ trợ vận động không? Có Không  
Vui lòng liệt kê
- Cá nhân đã sử dụng (các) thiết bị bao lâu rồi?
- Cá nhân có thể di chuyển bao xa khi không có sự hỗ trợ của người khác?
  - 3 tòa nhà
  - 6 tòa nhà
  - 9 tòa nhà trở lên
  - Ít hơn 3 tòa nhà
- Nếu được điều trị/sử dụng liệu pháp trị liệu thì khoảng cách này có tăng lên không? Có Không
- Vui lòng cho biết khoảng cách dự kiến sau khi điều trị/trị liệu:
  - 3 tòa nhà
  - 6 tòa nhà
  - 9 tòa nhà trở lên
  - Ít hơn 3 tòa nhà
- Đưa ra ước tính chính xác nhất về khoảng thời gian cần để đạt được mức cải thiện này.

Vui lòng chỉ điền những phần áp dụng cho cá nhân này



## Suy Giảm Thần Kinh/Chấn Thương Đầu

### Suy Giảm Thần Kinh/Chấn Thương Đầu

- Cá nhân có bị co giật không? Có Không Ngày bị co giật trước đó
- Vui lòng cung cấp số lượng các cơn co giật và tần suất
- Bệnh nhân bị (những) loại co giật nào
- Cá nhân có gặp phải các hiện tượng thoáng qua không? Có Không
- Đánh giá của cá nhân có bị suy giảm không? Có Không
- Sự ức chế hành vi có bị suy giảm không? Có Không
- Sự suy giảm đánh giá và ức chế có khiến cá nhân không thể di chuyển ra khỏi nhà hoặc môi trường xung quanh một cách độc lập không? Có Không
- Khi di chuyển một cách độc lập, liệu cá nhân có khả năng: (đánh dấu tất cả các ô thích hợp)
  - Tìm kiếm sự giúp đỡ nếu bị lạc
  - Nhận biết và tránh nguy hiểm
  - Qua đường một cách an toàn
  - Tuân thủ các chỉ dẫn bằng văn bản
  - Truyền đạt các nhu cầu
  - Xử lý thông tin
  - Hiểu và làm theo lịch trình để đến nơi đúng giờ
- Cá nhân có tiền sử bị Tổn Thương Não không? Có Không. Ngày bị tổn thương

## Suy Giảm Thị Lực

- Vui lòng cung cấp các phép đo thị lực và chỉ số thị trường cho cả hai mắt.  
Mắt Trái (OS): Mắt Phải (OD):
- Cá nhân có cần bố trí, điều chỉnh, thiết bị hỗ trợ thị lực kém, v.v. không? Vui lòng liệt kê
- Sự suy giảm thị lực của cá nhân ảnh hưởng như thế nào đến khả năng di chuyển của họ trong môi trường?
- Cá nhân đã được huấn luyện về định hướng và vận động (O&M) chưa? Rồi Chưa

Quý vị có thắc mắc? Vui lòng gọi số 651-602-1111

## Suy Giảm Nhận Thức/Tâm Thần

- Cá nhân có gặp phải tình trạng nào sau đây không:
  - Ảo giác thính giác
  - Ảo giác thị giác
  - Hoang tưởng
  - Phân ly
- Điều này có ngăn cản cá nhân định hướng đến người, địa điểm và thời gian không? Có Không
- Cá nhân có đang được điều trị tình trạng nào sau đây không:
  - Lo âu
  - Trầm cảm
  - Hoảng loạn
  - Tâm thần phân liệt
  - Khác:
- Đối với tình trạng hoảng loạn lo âu vui lòng cho biết tần suất và thời lượng trung bình của các cơn hoảng loạn.
  - Mỗi ngày
  - Mỗi tuần
  - Mỗi tháng
  - Mỗi năm

- Khoảng:
- Cá nhân đang sử dụng (các) kỹ thuật và/hoặc kỹ năng nào để hỗ trợ đối phó với (các) vấn đề trên?
  - Hình dung
  - Các kỹ thuật thư giãn
  - Suy nghĩ tích cực
  - Liệu pháp mùi hương
  - Khác:
- Các kỹ thuật này có hiệu quả trong việc giảm thiểu các triệu chứng không? Có Không
- Cá nhân có từng sử dụng Liệu Pháp Sốc Điện (ECT) không? Có Không Không Biết

Vui lòng liệt kê điểm IQ và điểm Đánh Giá Chức Năng Toàn Cầu (GAF) nếu biết. IQ = GAF =

- Vui lòng mô tả các hạn chế về chức năng do sự suy giảm này
- Đánh giá của cá nhân có bị suy giảm không? Có Không  
Nếu có, vui lòng mô tả mức độ hoặc cho ví dụ.
- Cá nhân có thể sống độc lập không? Có Không
- Nhận Xét Bổ Sung:

### *Vui Lòng Gửi Lại Biểu Mẫu cho người nộp đơn*

Vui lòng viết in hoa để chúng tôi có thể liên hệ với quý vị nếu cần

Tên Chuyên Gia: Ngày:

Chức Danh:

Địa Chỉ Phố:

Thành Phố: Tiểu Bang: Mã Zip:

Số Điện Thoại: Fax:

Chữ Ký của Bác Sĩ/Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe:

\*Biểu mẫu phải được ký bằng thông tin xác nhận mới hợp lệ