

## استمارة طلب بطاقة فير ديل (FARE DEAL)

الاسم الأول	لقب العائلة	الاسم الأوسط	تاريخ الميلاد
شارع	شقة رقم #	المدينة	الولاية
	الرمز البريدي	الهاتف/الجوال	( )

أي مما يلي ينطبق عليك أكثر من غيره؟ (يرجى تحديد مربع واحد)

العمر من 60 إلى 64 (من الرواد كبار السن):

ينبغي عليك تقديم إثبات هوية ساري يؤكد عمرك. يرجى الاطلاع على التعليمات الموضحة أدناه لمعرفة أنواع بطاقات إثبات الهوية المقبولة.

لديك بطاقة ميدكير للرعاية الطبية:

ينبغي عليك تقديم بطاقة تحديد هوية سارية تحمل صورتك وإظهار بطاقة ميدكير للرعاية الطبية خاصتك. إذا كنت تعاني من إعاقة ولا يوجد بحوزتك بطاقة ميدكير للرعاية الطبية، فمن الممكن أن يتحقق أخصائي طبي من أهليتك (انظر الصفحة 2).

لديك بطاقة المساعدة الطبية ميدكيد:

يجب عليك تقديم بطاقة تحديد هوية سارية تحمل صورتك، وإظهار بطاقة المساعدة الطبية ميدكيد خاصتك. إذا لم يكن بحوزتك بطاقة ميدكيد، فيمكنك اكتساب الأهلية من جهة تصديق معتمدة. لمعرفة اسم إحدى الجهات المعتمدة للتصديق، يرجى الاتصال هاتفياً بهيئة ذا رايد/TheRide على الرقم التالي: 6500-973-734.

### تعليمات الحصول بطاقة تحديد هويتك البطاقة:

1. قم بنفسك بتسليم استمارة طلب الحصول على البطاقة بعد استيفاء بياناتها إلى العنوان التالي:  
• المكتب الرئيسي لهيئة ذا رايد/TheRide، رقم 2700 جنوب الطريق السريع الصناعي، آن آربور، ميشيغان 481044

2. ينبغي تقديم بطاقة تحديد هوية سارية ومقبولة وتحمل صورتك وتكون صادرة عن جهة حكومية مثل: بطاقة تحديد الهوية الصادرة عن الولاية • رخصة قيادة • جواز السفر • بطاقة المحاربين القدامى أو بطاقة الهوية العسكرية • بطاقة هوية مقاطعة واشنطن

علمًا بأن تقديم أي بيانات كاذبة باستمارة الطلب هذه أو استخدام بطاقة فير ديل لأغراض احتيالية سيؤدي إلى حرمانك من خدمات الأجرة المخفضة.

لاستخدام هيئة "ذا رايد" فقط - التحقق من الهوية- لاستخدام هيئة "ذا رايد" فقط

بطاقة إثبات الهوية	بطاقة ميدكيد	بطاقة ميدكير
<input type="checkbox"/> بطاقة تحديد الهوية الصادرة عن الولاية <input type="checkbox"/> رخصة القيادة <input type="checkbox"/> جواز السفر <input type="checkbox"/> بطاقة المحاربين القدامى أو بطاقة الهوية العسكرية <input type="checkbox"/> بطاقة تحديد الهوية بمقاطعة واشنطن	تم التأكيد	تم التأكيد
صادرة عن:	التاريخ:	تاريخ الانتهاء:

\*\*\*\*\*

يرجى استكمال القسم التالي إذا كنت تعاني من إعاقة وليس لديك بطاقة ميدكير للرعاية الطبية

أعاني من إعاقة موثقة في السجلات الطبية الرسمية مما يحول دون أدائي لوظيفة واحدة على الأقل من الوظائف التالية المتعلقة بالعبور (الانتقال من مكان إلى آخر): (يرجى فحص المربع أو المربعات أدناه المتوافقة مع حالتك)

الصعود أو النزول من حافلة عادية لهيئة نقل ذا رايد.

الوقوف في حافلة عادية متحركة لهيئة نقل ذا رايد.

قراءة لافتات المعلومات؛ ويتطلب ذلك على الأقل أن يبلغ مستوى العمى القانوني 200/20 مع الاستعانة بأفضل وسيلة ممكنة لتصحيح الرؤية.

سماع التوجيهات الصادرة عن مشغل الحافلة عند طلبها؛ على أن يبلغ الحد الأدنى المطلوب لمتوسط فقد السمع في الأذنين باستخدام أفضل وسيلة تصحيحية ممكنة 30 ديسيبل في ترددات الصوت.

فهم لافتات المعلومات و / أو التوجيهات الصادرة عن مشغل الحافلة.

إنني أتفهم أن هذه الاستمارة للطلب ينبغي توقيعها من أخصائي طبي يمكنه التصديق على طبيعة إعاقتي.

أقسم أن البيانات المذكورة أعلاه صحيحة بقدر ما أعلم.

أتفهم أن تقديم أي بيانات كاذبة باستمارة الطلب هذه أو استخدامي لبطاقة فير ديل لأغراض احتيالية سيؤدي إلى حرمانني من هذه الميزة.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

### بيانات يستكملها الأخصائي الطبي

شهادة للحصول على بطاقة فير ديل، برنامج تخفيض أجرة ركوب الحافلات ذات الخط الاعتيادي

أشهد أن مقدم الطلب المذكور اسمه أعلاه يعاني من إعاقة تجعل من الصعب عليه أداء مهارة أو أكثر من المهارات المتعلقة بوسائل الانتقال والتي حددتها أعلاه.

رقم الشهادة

التاريخ

توقيع الأخصائي الطبي

الهاتف/الجوال

الاسم بحروف واضحة