

يساعد برنامج Village Vans الركاب على التغلب على العراقيل المرتبطة باستخدام وسائل النقل لما يصل إلى عام مقدماً. وبعد انقضاء العام، سينتقل الركاب إلى استقلال وسائل نقل أخرى. يجب على الركاب استكمال إجراءات الأهلية قبل الموافقة على استخدام هذه الخدمة. يُرجى إكمال الطلب المرفق لبدء عملية التقديم عبر الإنترنت.

كيفية التقديم

إذا كانت لديك أسئلة حول أهلية برنامج Village Vans، فاتصل بالرقم **360-705-5840**. وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة عند تقديم الطلب، فيمكننا مساعدتك.

ما الموعد والطريقة التي يمكن من خلالها التأكد مما إذا كنت مؤهلاً؟

بعد استلام الطلب، سيتم إعلامك خلال أسبوع عمل واحد عبر الهاتف أو البريد الإلكتروني لمناقشة الخطوات التالية. إذا تم الموافقة على طلبك لاستخدام خدمات Village Vans، عندئذٍ، يجب عليك توقيع اتفاقية الركاب. إذا كان الأطفال سيرافقونك أثناء التنقل، فيجب عليك إكمال فحص ملائمة مقعد السيارة وتوقيع بيان مسؤولية سلامة الركاب الأطفال. بعد إكمال المستندات، ستتلقى خطاب اعتماد ودليل خدمة Village Vans مع معلومات حول الخدمة. إذا أثبت أنك قادر على استخدام الحافلة في جزء من رحلاتك أو طوال رحلتك، فسيتم إعلامك بالأسباب وراء اتخاذ القرار، بالإضافة إلى تزويدك بمعلومات حول كيفية استخدام هذه الخدمات.

يُرجى ملء الطلب بأكبر قدر من المعلومات قبل تقديمه إلى Village Vans.

البريد:

Intercity Transit/Village Vans

P.O. Box 659

Olympia, WA 98507-0659

البريد الإلكتروني:

Villagevans@intercitytransit.com

الهاتف:

360-705-5840

شخصياً:

205 Franklin Street NE

Olympia, WA 98501

(يوميًا من الساعة 7 صباحًا حتى 6 مساءً)

امسح الرمز أعلاه ضوئيًا للاطلاع على النسخة عبر الإنترنت من هذا الطلب. يمكن العثور على المزيد من المعلومات على:

InterCitytransit.com/services/village-vans

هذا الجزء مخصص لاستخدام مكتب برنامج Village Vans التابع لوكالة Intercity Transit

تاريخ استلام الطلب	
حالة العميل	عميل جديد عميل سابق
تحديد الأهلية	
تاريخ الاعتماد/الرفض	
تاريخ انتهاء الصلاحية	

بيانات مُقدّم الطلب

الاسم الأخير الاسم الأول الحرف الأول من الاسم الأوسط

عنوان الشارع رقم الشقة/المبنى

المدينة الولاية Washington الرمز البريدي

الهاتف البريد الإلكتروني

الضمان التي تُريد أن يُشار إليك بها هو/له هي/لها هم/لهم أفضل عدم الإجابة تاريخ الميلاد

هل تتقّم بطلب للحصول على إعادة الاعتماد أم لبدء الخدمة؟ طلب أولي إعادة اعتماد

في حال إعادة الاعتماد، يُرجى تحديد مدة الخدمة المطلوبة. 3 أشهر 6 أشهر 9 أشهر

هل تُكمل الطلب لنفسك أم أنك الوصي أو مدير الحالة للراكب الذي يتقّم بطلب للحصول على الخدمة؟

أنا الراكب. أنا لست الراكب.

العلاقة بمُقدّم الطلب الهاتف

جهة الاتصال في حالات الطوارئ (اختياري)

اسم جهة الاتصال في حالات الطوارئ العلاقة بمُقدّم الطلب

الهاتف

عندما تنتهي خدمة Village Vans، كيف تخطط أنت/الراكب للذهاب إلى العمل؟

مشاركة المشاوير (على سبيل المثال، Uber، Lyft، أو غير ذلك. مشاركة الركوب في شاحنة صغيرة

إذا كان إجابتك غير ذلك، فيُرجى التحديد.

مشاركة الركوب مع رفقاء الطريق

مركبة شخصية

سيرًا على الأقدام

حافلة

ما احتياجاتك المتعلقة بوسائل النقل؟ (ضع علامة على كل ما ينطبق)

اختبارات ما قبل التوظيف: المقابلات والتقييمات، وما إلى ذلك. التعليم/التدريب

برنامج WorkFirst دعم العمل المستمر/التوظيف

إلزام قانوني بحضور برنامج علاجي أخرى

ما موعد مشوارك/مشوار الراكب للمرة الأولى؟

وقت
الرجوع

وقت
الوصول

التاريخ

مكان الركوب الأساسي (المنزل/المكان الذي ستبدأ منه معظم المشاوير)

رقم الشقة/المبنى

عنوان الشارع

الرمز البريدي

Washington الولاية

المدينة

الوجهة الأساسية (إذا لم يكن مشوارًا عاديًا، فاذكر مشوارك الأول المطلوب)

رقم الشقة/المبنى

عنوان الشارع

الرمز البريدي

Washington الولاية

المدينة

هل هناك حاجة لإجراء مشاوير إضافية؟

نعم لا من المحتمل

هل هناك أيام مُحددة في الأسبوع لإجراء المشاوير؟

الاثنين الأربعاء الجمعة
الثلاثاء الخميس السبت/الأحد

للتحقق من حالة عملك، يُرجى تقديم معلومات الاتصال بجهة عملك.

كيف تعرّفت أنت/الراكب على برنامج Village Vans؟

كاتب منظمة مجتمعية
أخرى صديق/فرد في الأسرة/راكب موقع إلكتروني

هل تلقى الراكب إعانة المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة
(Temporary Assistance for Needy Families, TANF) و/أو أي إعانة أخرى من الولاية/الحكومة الفيدرالية خلال
العامين الماضيين؟

TANF لا

إعانات أخرى من الولاية/الحكومة الفيدرالية: مثل
برنامج المساعدات الغذائية التكميلية
(Supplemental Nutrition Assistance)
وبرنامج (Program, SNAP) وبرنامج
SECTION 8، وAPPLEHEALTH

كليهما

للتحقق من حالة WorkFirst، يُرجى تقديم رقم عميل وزارة
الخدمات الاجتماعية والصحية (Department of Social
and Health Services, DSHS) الخاص بك/بالراكب.

يُرجى ذكر أي شيء آخر تريد منا أن نعرفه عن حالتك. يُرجى ذكر أي أسباب تمنعك من استقلال الحافلة.

نوع المساعدة؟ مساعد الرعاية الأولية (Primary Care) (Assistant, PCA) مساعد الرعاية الأولية (PCA) مع كرسي متحرك	الوسائل المعينة على التنقل عكاز وسيلة مساعدة لأصحاب الحركة البطيئة حيوانات الخدمة أخرى لا شيء مشاية مصعد خزان أكسجين
--	---

احتياجات وسائل النقل للأطفال

يوفر برنامج Village Vans مقاعد سيارات للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 12 عامًا ويرافقة أحد الوالدين أو الوصي.

نعم، أحتاج يوميًا إلى المرور على حضانة
نهائية أثناء مشواري

ربما، في بعض الأحيان أحتاج إلى المرور على
حضانة نهائية أثناء مشواري

لا

عنوان دار رعاية الأطفال (فقط أثناء الذهاب في مشوار إلى العمل/وجهة ذات صلة بالعمل)

عنوان الشارع

المدينة

الولاية Washington

الرمز البريدي

رقم الشقة/المبنى

بيانات الطفل

الطفل الأول	الطول	الوزن
تاريخ الميلاد:		
الطفل الثاني		
تاريخ الميلاد:		
الطفل الثالث		
تاريخ الميلاد:		

هل هناك المزيد من الركاب الأطفال؟

من المحتمل نعم لا

توقيع الوالد أو الوصي (إذا كان عمر المشارك أقل من 18 عامًا).

التاريخ

الاسم