

Tên:

Số hồ sơ:



7101 WYOMING STREET, WESTMINSTER, CA 92683

TRANSPORTATION DEPARTMENT PHONE: (714) 891-9500 FAX: (714) 893-4819

LYDIA ORTEGA lydia.ortega@abrazarinc.com, CAROL SALAZAR c.salazar@abrazarinc.com

BẢNG HƯỚNG DẪN CỦA CHƯƠNG TRÌNH CHUYÊN CHỖ Y TẾ KHÔNG KHẨN CẤP - (714) 891-9500

Chào mừng quý vị đến với ABRAZAR (có nghĩa là Cái Ôm)! Đơn xin gia nhập chương trình của quý vị sẽ được xem xét và quý vị có thể bắt đầu đặt lịch hẹn xe để giúp đưa đón quý vị đến những dịch vụ y tế sau khi quý vị nhận được số báo danh của mình. Chúng tôi mong được hỗ trợ quý vị với nhu cầu vận chuyển y tế trong thời gian sắp tới. Quý vị vui lòng trao đổi thường xuyên với các điều phối viên để chương trình và dịch vụ được ngày một hoàn thiện hơn.

Cách Đặt Lịch Hẹn Xe:

1. Vui lòng chuẩn bị sẵn SỐ BÁO DANH của mình khi điện thoại đặt xe.
2. Các chuyến đi cần được đặt ít nhất 5 ngày hành chính trước ngày hẹn. Điều này không đảm bảo chúng tôi sẽ còn chuyến.
3. Vui lòng đặt chuyến đi sớm nhất có thể.
4. Vui lòng liên lạc với các điều phối viên khi các thông tin cá nhân (địa chỉ, số điện thoại, liên lạc khẩn cấp, lịch hẹn, tình trạng sức khỏe, thiết bị hỗ trợ, v.v.) của quý vị thay đổi.
5. Hiện tại, chúng tôi còn đang tiếp tục nhận đơn, nhưng khi đạt đến mức tối đa, trung tâm Abrazar bắt buộc phải ưu tiên cho các trường hợp nghiêm trọng hoặc các khách hàng đặt lịch sớm.
6. Mẹo khi đặt hẹn: (1) Điện trước 10 ngày hành chính. (2) Hẹn ngày thứ Ba hoặc thứ Năm. (3) Hẹn các giờ từ 10:00am đến 3:00pm. Chúng tôi biết rằng không phải lúc nào các bước trên cũng có thể được thực hiện nhưng cơ hội có xe sẽ rất cao nếu làm theo hướng dẫn.

Giờ Đưa Đón – Tối thiểu 30 phút

1. Quý vị sẽ có tối thiểu 30 phút giữa cuộc hẹn và giờ đón
2. Vui lòng trao đổi riêng với các điều phối viên nếu quý vị cần gia giảm quý thời gian trên.

Giới Hạn Khoảng Cách – Chương trình có quy định như sau

1. 15 miles trong phạm vi quận Cam và 10 miles ngoài ô quận Cam.

Giới Hạn Chuyển Đi – Chương trình có quy định như sau:

1. YÊU CẦU tất cả các chuyến đi đều liên quan đến vấn đề y tế.
2. Các cuộc hẹn đến các địa chỉ không có trong danh sách của chúng tôi cần được xác minh trước khi hẹn. Các lớp thăng bằng hoặc thể dục bình thường sẽ không được chấp thuận trừ khi có ghi chú từ bác sĩ.
3. 16 là giới hạn số chuyến một chiều mỗi tháng. Các trị liệu đặc biệt sẽ được xét riêng.

Khách Hàng Huỷ Hoặc Lỡ Hẹn

1. Vui lòng huỷ hẹn tối thiểu là 24 tiếng trước giờ hẹn.
2. **BỎ HẸN:** các cuộc hẹn được huỷ ít hơn 2 tiếng trước giờ hẹn sẽ được xem là BỎ HẸN. Vui lòng điện trước để huỷ hẹn. Các cuộc hẹn được BỎ sẽ được lưu vào hồ sơ và có thể ảnh hưởng đến điều kiện tham gia chương trình của quý vị sau 3 lần bỏ hẹn.

Chi Phí Cho Các Chuyến Đi – Phí quy định của chương trình là \$2

1. Vì số trợ cấp có hạn, trung tâm ABRAZAR cần quý vị trợ giúp bằng cách nộp \$2 chi phí cho mỗi chuyến đi một chiều. Nếu quý vị vì bất kỳ lý do gì không thể nộp phí, ABRAZAR sẽ phải tự chi và điều này sẽ ảnh hưởng đến số chuyến mà chúng tôi phục vụ mỗi năm. Chúng tôi kính mong quý vị sẽ hỗ trợ chương trình này bằng cách quyên góp \$2 cho mỗi chuyến đi. Xin chân thành cảm ơn.

Tên:

Số hồ sơ:



7101 WYOMING STREET, WESTMINSTER, CA 92683

TRANSPORTATION DEPARTMENT PHONE: (714) 891-9500 FAX: (714) 893-4819

LYDIA ORTEGA lydia.ortega@abrazarinc.com, CAROL SALAZAR c.salazar@abrazarinc.com

BẢNG HƯỚNG DẪN CỦA CHƯƠNG TRÌNH CHUYÊN CHỜ Y TẾ KHÔNG KHẨN CẤP - (714) 891-9500

HƯỚNG DẪN BỔ SUNG CHO KHÁCH HÀNG

1. Tiếp viên chăm sóc cá nhân có thể đi xe miễn phí.
2. Đặc biệt có sẵn cho các thiết bị y tế, tiếp viên chăm sóc cá nhân, chó dịch vụ. Lưu ý yêu cầu khi điền đơn
3. Nếu quý vị có vấn đề với các dịch vụ vận chuyển của mình, vui lòng gọi cho Điều phối viên Giao thông để báo cáo vấn đề. Chúng tôi tin rằng tất cả các vấn đề sẽ có thể được xử lý thông qua giao tiếp tôn trọng. Nếu một vấn đề vẫn chưa được giải quyết, quý vị có thể làm theo các quy trình khiếu nại được nêu trong Mẫu Dịch vụ Khách hàng Abrazar SNETM.
4. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại về việc đủ điều kiện hoặc ngoại lệ cho dịch vụ, vui lòng gọi cho Điều phối viên Giao thông vận tải.
5. SNETM Transportation sẽ không thể đáp ứng các cuộc gọi khẩn cấp. **Vui lòng gọi 911 trong trường hợp khẩn cấp. Chúng tôi không cung cấp vận chuyển khẩn cấp đến phòng cấp cứu.**
6. Hãy sẵn sàng lên xe kịp thời theo lịch trình của bạn và vui lòng làm theo hướng dẫn của tài xế khi lên hoặc ra khỏi xe.
7. Không được phép hút thuốc trong xe.
8. Không cho phép mang rượu lên xe
9. Tất cả các dịch vụ vận chuyển phải bắt nguồn trong khu vực dịch vụ được chỉ định của Quận Cam.
10. Để Chương trình SNETM vận chuyển xe lăn của quý vị, nó cần phải bảo đảm an toàn của quý vị. Thắng của xe lăn còn tốt và nặng dưới 600 pounds.
11. Nếu quý vị cần đến cùng một nơi mỗi tuần trên cơ sở thường xuyên, vui lòng thông báo cho người điều phối và chúng tôi có thể thiết lập một lịch trình liên tục cho chuyến đi của quý vị.

CHÍNH SÁCH CHẤM DỨT DỊCH VỤ HOẶC ĐÌNH CHỈ (TẠM NGỪNG) CỦA KHÁCH HÀNG:

Vì chúng tôi tôn trọng quý vị cho nên Abrazar sẽ cố gắng liên lạc với quý vị trước khi đình chỉ hoặc chấm dứt dịch vụ. **Việc chấm dứt hoặc đình chỉ của khách hàng khỏi chương trình là do Abrazar tự quyết định và có thể cần thiết nếu xảy ra bất kỳ tình trạng nào sau đây:**

1. Lạm dụng chính sách Không hiển thị (có nghĩa là hủy bỏ hẹn mà không báo trước, 3 lần trong khoảng thời gian 30 ngày) hoặc tiếp tục hủy bỏ hẹn mà không báo trước.
2. Sử dụng SNETM cho các mục đích khác ngoài liên quan đến y tế.
3. Không đối xử với nhân viên Abrazar và những người khác đàng hoàng, công bằng và thân thiện.
4. Không tôn trọng hoặc làm tổn hại tài sản Abrazar.
5. Gây ra tình trạng nguy hiểm hoặc gây rối cho các điều phối viên hoặc tài xế
6. Tình trạng của quý vị không cho phép vận chuyển an toàn của quý vị. Ví dụ bao gồm: (1) Quý vị từ chối sử dụng thiết bị di động cần thiết (2) Quý vị cần một chiếc gurney (3) Thiết bị của quý vị không có thể hoạt động (xe lăn không có phanh hoặc chỗ gác chân, xe giúp đi bộ không được tốt, v.v. .)

Những khách hàng không tuân theo các trách nhiệm trên có thể bị đình chỉ ngay lập tức hoặc hoàn toàn mất đặc quyền của dịch vụ SNETM. Khách hàng sẽ được báo bằng lời nói và qua thư nếu dịch vụ bị đình chỉ hoặc chấm dứt. Nếu quý vị không đồng ý với việc đình chỉ hoặc chấm dứt dịch vụ, quý vị có thể làm theo các quy trình trong Mẫu dịch vụ khách hàng Abrazar SNETM.



7101 WYOMING STREET, WESTMINSTER, CA 92683
TRANSPORTATION DEPARTMENT PHONE: (714) 891-9500 FAX: (714) 893-4819
LYDIA ORTEGA l.ortega@abrazarinc.com, CAROL SALAZAR c.salazar@abrazarinc.com OR
JOSE MENDOZA j.mendoza@abrazarinc.com, ISRAEL ALVAREZ i.alvarez@abrazarinc.com

ĐƠN XIN GIA NHẬP CHƯƠNG TRÌNH ABRAZAR SNEMT

VUI LÒNG ĐIỀN RÕ TẤT CẢ MỌI THÔNG TIN TRƯỚC KHI NỘP ĐƠN. ĐƠN KHÔNG HOÀN CHỈNH SẼ KHÔNG ĐƯỢC DUYỆT

Họ: _____ Tên: _____ Ngày: _____

Ngày Sinh: _____ Tuổi(60+): _____ Nam: _____ Nữ: _____

Địa Chỉ: _____ Căn/ Hộ Số: _____

Thành Phố: _____ Mã Vùng: _____

Điện Thoại Nhà: () _____ Di Động (2nd Phone #): () _____

1. Quý vị đã từng xin gia nhập chương trình **OCTA ACCESS** chưa? Có Không
Nếu có, quý vị đã được cấp số hội viên chưa? Có Không

Vui lòng điền số hội viên vào nếu có _____

- Nếu có, quý vị có đang sử dụng **OCTA ACCESS** không? Có Không

2. Quý vị có gặp trở ngại về vật lý hoặc chức năng cơ thể không? Có Không
Nếu có, vui lòng miêu tả: _____

3. Quý vị có cần sự trợ giúp từ các thiết bị di chuyển không? Có Không

Vui lòng chọn các thiết bị mà quý vị thường sử dụng:

Gậy ___ Xe Đẩy ___ Xe Lăn ___ Xe Điện ___ Bình Oxy ___ Thiết Bị Khác: _____

Quý vị có thể tự bước lên/ xuống xe chuyên chở mà không cần trợ giúp không?

Có Không

Nếu sử dụng xe lăn, quý vị có thể tự di chuyển giữa xe lăn và ghế xe không?

Có Không

4. Quý vị có nhân viên chăm sóc cá nhân đi cùng với mình không? Có Không

5. Quý vị có cần đưa đón tận cửa không? Có Không

Nếu có, xin vui lòng cho lý do: _____

6. Thông tin về bác sỹ gia đình của quý vị - Tên: _____
Số điện thoại: () _____ Ghi chú: _____
7. Vui lòng ước tính số lần quý vị sẽ cần sử dụng dịch vụ chuyên chở của chúng tôi.
Hàng Ngày _____ Hàng Tuần _____ Hàng Tháng _____ Số Lượng Khác _____
8. Liên Lạc Khẩn Cấp (1): _____ Quan Hệ: _____
Số Điện Thoại: _____
- Liên Lạc Khẩn Cấp (2): _____ Quan Hệ: _____
Số Điện Thoại: _____
9. Quý vị đến các cuộc hẹn y tế như thế nào hiện nay? _____

10. Quý vị có sở hữu xe riêng không? Có Không

Thông tin dưới đây được thu nhập cho việc khảo sát và sẽ không ảnh hưởng đến điều kiện tham gia của quý vị:

Quý vị biết đến chương trình này từ đâu? _____

Sắc Tộc Của Quý Vị Là: Asian Black Hispanic White Native American
 Khác (vui lòng điền vào) _____

Thu Nhập Hàng Năm (BẮT BUỘC CẦN THIẾT): _____

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính Đính Kèm

Tôi ký tên để xác nhận rằng tất cả các thông tin khai trên là sự thật.

Chữ Ký Của Chủ Hồ Sơ

Ngày Ký

CHỈ DÀNH CHO NHÂN VIÊN CHƯƠNG TRÌNH (PROGRAM USE ONLY)

- Referrals to alternative transportation provided: _____
- Exceptions (temporary, unrestrictive etc.): _____
- Reason referred to OoA I&A: _____
- Need for follow-up contact: _____
- Annual Income: At or below 150% FPG Above 150%FPG Financial Hardship Waiver



CENTRAL

7101 WYOMING STREET, WESTMINSTER, CA 92683
TRANSPORTATION DEPARTMENT PHONE: (714) 891-9500 FAX: (714) 893-4819
LYDIA ORTEGA l.ortega@abrazarinc.com, CAROL SALAZAR c.salazar@abrazarinc.com OR
JOSE MENDOZA j.mendoza@abrazarinc.com, ISRAEL ALVAREZ i.alvarez@abrazarinc.com

ĐƠN XIN GIA NHẬP CHƯƠNG TRÌNH ABRAZAR SNETM

VUI LÒNG ĐIỀN RÕ TẤT CẢ MỌI THÔNG TIN TRƯỚC KHI NỘP ĐƠN. ĐƠN KHÔNG HOÀN CHỈNH SẼ KHÔNG ĐƯỢC DUYỆT.

Tôi xác nhận là chương trình xe vận chuyển y tế không khẩn cấp này được cung cấp bởi trung tâm ABRAZAR dưới sự tài trợ từ Hội Đồng Cao Niên, Orange County. Tôi đồng ý từ bỏ quyền thưa kiện hoặc chống lại trung tâm ABRAZAR, Orange County, Hội Đồng Cao Niên, hoặc các nhân viên/ tình nguyện viên của các tổ chức trên để được đền bù thiệt hại cá nhân, chi phí hoặc lệ phí: bao gồm phí luật sư. Quyết định trên có hiệu lực trong suốt thời gian tôi tham gia chương trình vận chuyển y tế không khẩn cấp. Tôi cũng xác nhận rằng ABRAZAR bảo lưu quyền từ chối dịch vụ vận chuyển.

VUI LÒNG VIẾT CHỮ IN:

Tên Đầy Đủ: _____ Ngày: _____

Chữ Ký Của Khách Hàng: _____

Chữ Ký Của Người Chăm Sóc Cá Nhân (Nếu Có): _____

Vui lòng nộp đơn đến ban điều hành chương trình: Lydia Ortega, Carol Salazar, Jose Mendoza, hoặc Israel Alvarez. Quý vị có thể gửi đơn qua bưu điện hoặc giao tay tại văn phòng khi sử dụng bì thư được đính kèm. Quý vị cũng có thể gửi fax hoặc thư điện tử (email) đến địa chỉ a.snemt@abrazarinc.com. Chương trình sẽ được áp dụng sau khi mọi thủ tục đã được hoàn tất và quý vị đã nhận được số hồ sơ của mình.

Quyết định từ chương trình sẽ được thông báo qua điện thoại trong vòng năm ngày kể từ ngày chúng tôi nhận được hồ sơ hoàn chỉnh. Quý vị sẽ được nhận số hồ sơ của mình cùng với quyết định.