

ĐƠN XIN QUYỀN SỬ DỤNG CẦU QUAY THẤP SPOKANE ST (CẦU THẤP) CHO NHÂN VIÊN Y TẾ TRỰC

CHO CÁC NHÂN VIÊN Y TẾ XIN QUYỀN SỬ DỤNG CẦU THẤP ĐỂ ĐI ĐẾN VÀ TỪ CÁC CA TRỰC, ĐƯỢC XÁC MINH BỞI MỘT CẤP TRÊN TỪ CƠ QUAN CHĂM SÓC SỨC KHỎE

- Giấy cho phép chỉ dành cho nhân viên y tế nào:
 - Sống hay làm việc tại West Seattle
 - Cần phải đi đến hay đi từ ca trực, nơi họ cần đến nơi làm việc hay cơ sở y tế của họ ở phía bên kia của Đường thủy Duwamish.
- Không được phép sử dụng cầu thấp để đi đến các ca làm việc y tế theo lịch trình thường xuyên và các chuyến đi không khẩn cấp khác.

CÁC BƯỚC ĐỂ YÊU CẦU QUYỀN SỬ DỤNG:

- Hoàn thành Phần 1: Thông tin Người nộp đơn
- Yêu cầu cấp trên từ cơ quan y tế của quý vị hoàn thành Phần 2: Thông tin của Cơ quan Y tế
- Gửi email Phần 1, Phần 2 và giấy cho phép đã ký đến LowBridgeAccess@seattle.gov (có thể là một bản quét hay ảnh của tài liệu) hay gửi thư đến: Traffic permits, ATTN WSB, Seattle Dept. of Transportation, PO Box 34996, Seattle, WA 98124-4996
- Gửi mẫu này không có nghĩa là bạn có quyền sử dụng cầu thấp. Bạn phải nhận được xác nhận từ SDOT trước khi bạn có thể sử dụng cầu thấp.**

Đối với các câu hỏi, nếu quý vị cần hỗ trợ bằng ngôn ngữ của mình hay cần trợ giúp về mẫu này, vui lòng liên lạc với LowBridgeAccess@seattle.gov hay 206-400-7511. Vui lòng để lại lời nhắn với tên, thông tin liên lạc và nhu cầu ngôn ngữ của quý vị và ai đó sẽ trả lời cuộc gọi của quý vị.

PHẦN 1: THÔNG TIN NGƯỜI NỘP ĐƠN

Viết chữ in hay Nhập tên (họ, tên, tên lót viết tắt)			
Địa chỉ gửi thư (PO Box hay địa chỉ đường phố và số căn hộ, nếu có)		Thành phố	Tiểu bang
		Mã bưu điện	
(Mã vùng) Điện thoại ban ngày	Địa chỉ email		
Tên bệnh viện hay văn phòng y tế nơi quý vị làm việc		Cấp trên từ cơ quan chăm sóc sức khỏe (cấp trên từ cơ quan của quý vị đã hoàn tất Phần 2)	
Tối đa hai bảng số: một cho chính bạn, và một là xe phụ, khi cần thiết			
Bảng số xe 1	Tiểu Bang	Bảng số xe 2 (nếu cần)	Tiểu Bang

X

Chữ ký của Người nộp đơn hay Người đại diện được ủy quyền

Bằng cách ký tên, bạn thừa nhận bạn hiểu và sẽ tuân thủ các điều khoản và điều kiện cũng như cam kết bảo mật ở mặt sau của trang này



Seattle
Department of
Transportation

DỰ ÁN CẦU CAO-TẦNG WEST SEATTLE

ĐƠN XIN QUYỀN SỬ DỤNG CẦU QUAY THẤP SPOKANE ST (CẦU THẤP) CHO NHÂN VIÊN Y TẾ TRỰC

ĐIỀU KHOẢN VÀ ĐIỀU KIỆN SỬ DỤNG CẦU THẤP:

- 1: Mẫu này có chữ ký của bạn và cấp trên từ cơ quan của bạn phải được gửi đến SDOT qua email hay thư trước ngày 15 của tháng để đảm bảo quyền sử dụng cho tháng tiếp theo. Ví dụ: để sử dụng bắt đầu từ ngày 1 tháng 6, SDOT phải nhận được các mẫu đã hoàn thành của bạn trước ngày 15 tháng 5.
- 2: Giấy cho phép chỉ dành cho những chuyến đi đặc biệt liên quan đến các ca trực y tế, khi nhân viên phải đến nơi làm việc kịp thời.
- 3: Không được phép đi lại bằng cầu thấp để đi làm theo ca làm việc theo lịch trình thường xuyên.
- 4: Quyền sử dụng này trên cơ sở tạm thời và hạn chế. Chúng tôi sẽ giảm hay thu hồi quyền sử dụng cầu thấp cho nhiều nhóm vào cuối 2021 để cầu có khả năng tăng lưu lượng vận chuyển hàng hóa.
- 5: Quyền sử dụng cầu thấp của bạn có thể bị ngừng bất cứ lúc nào nếu có quá nhiều giao thông trên cầu thấp hay do các nhu cầu quản lý giao thông khác. Bạn sẽ được thông báo nếu đây là trường hợp.
- 6: Một giới hạn có thể được đặt trên số lần chuyến đi qua cầu thấp của bạn. Có thể ngừng quyền sử dụng nếu bạn vượt quá số chuyến đi đó.
- 7: Nộp một đơn hoàn chỉnh xin Quyền Sử dụng cho Nhân viên Y tế Trực không đảm bảo bạn sẽ được cung cấp quyền sử dụng cầu thấp. Các đơn xin hay tài liệu không đầy đủ hay không chính xác có thể dẫn đến sự chậm trễ hay từ chối. Nếu bạn được chấp thuận quyền sử dụng, một thư ghi nhận việc chấp thuận sẽ được gửi qua email cho bạn vào hay trước ngày 22 của tháng trước khi bắt đầu sử dụng. Vui lòng giữ lại thư chấp thuận cho hồ sơ của bạn. Bạn phải nhận được email chấp thuận trước khi bạn có thể sử dụng cầu thấp. Nếu bạn lái xe qua cầu thấp mà không có sự chấp thuận, bạn sẽ nhận giấy phạt 75\$ cho mỗi khi bạn lái xe qua cầu trong những giờ giới hạn. Giờ giới hạn là 5 giờ sáng - 9 giờ tối các ngày trong tuần và 8 giờ sáng - 9 giờ tối cuối tuần.

CÁC YÊU CẦU VỀ BẢO MẬT, DỮ LIỆU VÀ TIẾT LỘ CÔNG KHAI:

SDOT sẽ ghi lại số lần và thời gian của các chuyến đi Cầu Thấp được thực hiện bởi mỗi bảng số xe được cho phép. Bằng cách xin quyền sử dụng Cầu Thấp, bạn đồng ý với việc dùng thông tin qua lại Cầu Thấp này của mình cho mục đích giám sát và đánh giá. Nhật ký chuyến đi này cũng tuân theo Đạo luật Hồ sơ Công cộng Washington và có thể phải được tiết lộ cho người yêu cầu bên thứ ba.

Thông tin cá nhân được chia sẻ với SDOT bao gồm tên và bảng số xe của bạn phải tuân theo Đạo luật Hồ sơ Công cộng Washington và có thể phải tiết lộ cho người yêu cầu bên thứ ba. Tại Thành phố Seattle, chúng tôi cam kết bảo vệ sự riêng tư của bạn và sẽ đảm bảo rằng mọi tiết lộ được thực hiện theo luật pháp. Để tìm hiểu thêm về cách quản lý thông tin này, vui lòng xem Cam kết Bảo mật của chúng tôi (www.seattle.gov/tech/initiatives/privacy/privacy-statement).



Seattle
Department of
Transportation

DỰ ÁN CẦU CAO-TẦNG WEST SEATTLE

ĐƠN XIN QUYỀN SỬ DỤNG CẦU QUAY THẤP SPOKANE ST (CẦU THẤP) CHO NHÂN VIÊN Y TẾ TRỰC

PHẦN 2: THÔNG TIN CỦA CƠ QUAN Y TẾ

CẤP TRÊN TỪ CƠ QUAN Y TẾ ĐIỀN VÀO PHẦN NÀY SAU KHI NGƯỜI NỘP ĐƠN ĐIỀN VÀO PHẦN 1.

THÔNG TIN CỦA CƠ QUAN Y TẾ:

Vui lòng điền vào phần dưới đây nêu rõ:

Tôi, xác nhận rằng _____ [tên nhân viên], làm việc tại _____ [bệnh viện hay văn phòng y tế] và nhân viên này bắt buộc phải đi lại cho các ca trực, đủ điều kiện cho họ quyền sử dụng cầu thấp.

Trả mẫu đã ký này lại cho người nộp đơn.

Viết chữ in hay Nhập tên (họ, tên, tên lót viết tắt)			
Chức danh/chức vụ tại cơ quan y tế (HR/CTR/Khác)			
Địa chỉ Văn phòng (Hộp thư hay địa chỉ đường phố và số tòa nhà/căn, nếu có)	Thành phố	Tiểu Bang	Mã bưu điện
Số điện thoại văn phòng (mã vùng)	Địa chỉ email		

TRẢ LỜI SAU ĐÂY:

Tôi xác nhận rằng nhân viên được liệt kê trong Phần 1 ở trên đối phó với các ca trực tại bệnh viện hay văn phòng y tế được liệt kê trong Phần 1 ở trên và họ là nhân viên bắt buộc phải đi lại cho các ca trực đủ điều kiện cho họ quyền sử dụng cầu thấp.

Ngày và địa điểm (thành phố hay quận) đã ký:

X

Cấp trên từ cơ quan ký vào đây. (Đại diện nhân sự hay các đại diện hành chính khác của tổ chức y tế được ủy quyền cung cấp tuyên bố này)



Seattle
Department of
Transportation

WEST SEATTLE HIGH-RISE BRIDGE PROJECT

**SPOKANE ST SWING BRIDGE (LOW BRIDGE) APPLICATION FORM:
ON-CALL MEDICAL WORKER ACCESS**

SECTION 2: MEDICAL EMPLOYER

MEDICAL EMPLOYER FILLS OUT THIS SECTION AFTER APPLICANT FILLS OUT SECTION 1.

MEDICAL EMPLOYER INFORMATION:

Please fill out the section below stating:

I certify that _____ [employee's name] works at _____ [hospital or medical office] and this employee is required to travel for on-call work shifts, qualifying them for low bridge access.

Return this signed form to the applicant.

PRINT OR TYPE Name of Employer Filling out Section 2 (<i>Last, First, Middle Initial</i>)				
Job Title/Role at Medical Employer Institution (<i>HR/CTR/Other</i>)				
Office Address (<i>PO Box or street address and building/suite number, if applicable</i>)		City	State	ZIP Code
Office (Area code) Daytime Phone	Email Address			

ANSWER THE FOLLOWING:

I certify that the employee listed in Section 1 above responds to on-call work shifts at hospital or medical office listed in Section 1 above and they are an employee required to travel for on-call work shifts qualifying them for low bridge access.

Date and Place (City/County) Signed:

X

Employer signs here (HR representative or other medical institution administrative representative authorized to provide this information)



Seattle
Department of
Transportation