



ពាក្យសុំអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណថែប TAP ជនពិការ

LOS ANGELES COUNTY TRANSIT OPERATORS ASSOCIATION (LACTOA)

LACTOA កម្មវិធីប័ណ្ណថែប TAP ជនពិការ ធ្វើឱ្យងាយស្រួលជាងសម្រាប់អ្នកធ្វើដំណើរដែលមានភាពពិការ ដើម្បីឱ្យមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះថ្លៃឈ្នួលយានជំនិះដែលបញ្ជូនកម្លាំងចំពោះ អ្នកប្រតិបត្តិកិច្ចការដឹកជញ្ជូននៅខោនធីនៃរដ្ឋអានឌ័រឡែស Los Angeles County (លើកលែងតែសេវាកម្ម Dial-a-Ride)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬគម្រោងការទាមទារស្តីពីភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ សូមហៅទូរស័ព្ទលេខ៖ 213.680.0054។

សេចក្តីណែនាំអំពីការដាក់ពាក្យសុំ

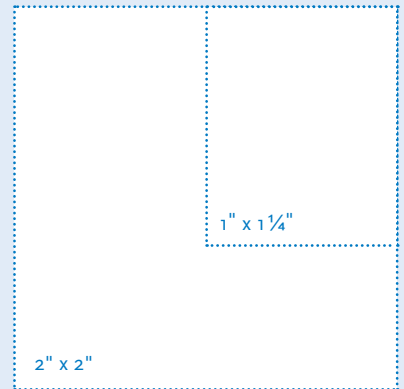
- > បេក្ខជនដាក់ពាក្យសុំទាំងអស់ត្រូវឱ្យបំពេញ **ផ្នែក I, II និង III** នៃពាក្យសុំនេះ ហើយផ្តល់ជូនឯកសារថតចម្លង ID មានរូបថតដែលមានសុពលភាព។
- > បើបេក្ខជនដាក់ពាក្យសុំ មានពិការភាពទាក់ទងនឹងវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ (សូមមើល **ផ្នែក III**) , បន្ទាប់មកកាត់ ឬនាងតម្រូវឱ្យបំពេញ **ផ្នែក IV** ហើយត្រូវស្នើសុំវេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់ ឬអ្នកជំនាញដែលលិខិតបញ្ជាក់ផ្សេងទៀត ដើម្បីបំពេញ និងចុះហត្ថលេខា **ផ្នែក V** ។
- > ថ្លៃឈ្នួលពាក្យសុំ \$2 ដុល្លារ ដែលមិនអាចសងមកវិញបាន។ បើការដាក់ពាក្យសុំតាមប័ណ្ណប្រើប្រាស់នេះ សូមផ្ញើជូនសែក ឬការផ្ញើប្រាក់តាមប័ណ្ណប្រើប្រាស់ ដែលអាចបង់ប្រាក់បានជូនទៅមេត្រូ Metro។
- > ថតចម្លងអាជ្ញាប័ណ្ណបើកបរយានយន្តរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា California ឬ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា California និងឯកសារនានា ដែលបញ្ជាក់កម្លាំងភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ក្នុង **ផ្នែក III** សម្រាប់បេក្ខជនដាក់ពាក្យសុំទាំងអស់ រៀបរយលើកេបត្រជនដាក់ពាក្យ ភាពពិការទាក់ទងនឹងវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។
- > បញ្ជូនពាក្យសុំដែលបានបំពេញដោយផ្ទាល់ ឬតាមប័ណ្ណប្រើប្រាស់ (សូមមើលទំព័រចុងក្រោយ)។

ផ្នែក I – ការបញ្ជាក់កម្រិតទំហំរូបថត

- > ពាក្យសុំទាំងឡាយណាជាមួយរូបថតដែលមិនគោរពតាមគោលការណ៍ណែនាំ នានាដែលបានរៀបរាប់ខាងក្រោមនេះនឹងមិនត្រូវបានដាក់ឱ្យដំណើរការឡើយ។

បិទភ្ជាប់រូបថតក្នុងប្រអប់

- > រូបថតមើលឃើញផ្ទៃមុខពេញលេញ
- > ទំហំរូបថត 2" x 2" ឬ 1" x 1 1/4"
- > មិនពាក់មួក ឬវ៉ែនការពារពន្លឺថ្ងៃ
- > រូបថតត្រូវដាក់ត្រូវនឹងទីកន្លែងដែលបានផ្តល់ជូន (កាត់តម្រឹមតាមទំហំ)
- > រូបថតត្រូវមាននៅលើក្រដាសរូបថត មិនមែននៅលើក្រដាសថតចម្លងឡើយ



ផ្នែក II – ព័ត៌មានអំពីបេក្ខជនដាក់ពាក្យសុំ (ត្រូវបំពេញដោយបេក្ខជនដាក់ពាក្យសុំ)

នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	ឈ្មោះហៅកណ្តាល/ឈ្មោះហៅកណ្តាលសរសេរកាត់
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	Apt #	ទីក្រុង រដ្ឋ ហ្សឺប
អ៊ីមែល	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខទូរស័ព្ទ

ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមទោសបញ្ញត្តិស្តីពីការស្វែងរកដែលស្ថិតក្រោមរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូនពិតជាត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចបាត់បង់ការប្រើប្រាស់ប័ណ្ណថែប TAP ថ្លៃឈ្នួលយានជំនិះដែលបញ្ជូនកម្លាំងបន្ថែម បើខ្ញុំប្រើប្រាស់មិនត្រឹមត្រូវចំពោះប័ណ្ណនេះ ឬបើខ្ញុំគូសសញ្ញាសម្គាល់ បិទស្លាក ឬធ្វើឱ្យខូចទ្រព្យសម្បត្តិទីភ្នាក់ងារពិនិត្យការឆ្លងកាត់។

ហត្ថលេខាបេក្ខជនដាក់ពាក្យសុំ	កាលបរិច្ឆេទ
-----------------------------	-------------

ផ្នែក III – លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ និងការបញ្ជាក់ពេញឱ្យដឹងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

បេក្ខជនដាក់ពាក្យសុំមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះប័ណ្ណថែបជនពិការ LACTOA ប័ណ្ណថែប TAP ជនពិការ បើមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យមួយនៃលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនានាដែលបានរៀបរាប់ខាងក្រោម អនុវត្តចំពោះបេក្ខជនដាក់ពាក្យសុំ។ សម្គាល់៖ បេក្ខជនដាក់ពាក្យសុំនានាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងចំណាត់ថ្នាក់មួយនៃចំណាត់ថ្នាក់បន្តបន្ទាប់ដូចជា ត្រូវផ្តល់ជូនភាពថតចម្លងឯកសារដែលបញ្ជាក់កម្លាំងភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ និងអាជ្ញាប័ណ្ណបើកបរយានយន្តរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ឬ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។

- _____ ខ្ញុំមានអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណកម្មវិធីមេឌីមែរ Medicare (ប័ណ្ណមេឌីមែរ Medi-Cal មិនអាចទទួលយកបានឡើយ)
- _____ ខ្ញុំមានបង្កាន់ដៃទទួលថ្នាំបិទប្រកាស DMV នៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា California ដែលមានសុពលភាព (ត្រូវមាន “សុពលភាព” ថ្មី តាមកាលបរិច្ឆេទ ដែលត្រូវទទួលយក) ឬអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណអតីតយុទ្ធជនដែលពិការ(សេវាកម្មដែលបានកក្កាប់)
- _____ ខ្ញុំទទួលបានប្រាក់ចំណូលធានារ៉ាប់រង [SSI] ឬ ការធានារ៉ាប់រងជនពិការដោយការឧបត្ថម្ភសង្គមកិច្ច [SSDI] អត្ថប្រយោជន៍ (ថតចម្លងលិខិតផ្តល់រង្វាន់, លិខិតទូទាត់សងអត្ថប្រយោជន៍, សែកអត្ថប្រយោជន៍)
- _____ ខ្ញុំជាសិស្សអប់រំពិសេសនៅក្នុងកម្មវិធីខោនធីនៃរដ្ឋអានឌ័រឡែស Los Angeles County (លិខិតបញ្ជាក់វិញ្ញាបនបត្រនៅលើក្រដាសមានក្បាលលិខិតសាលា ដែលបានចុះហត្ថលេខាដោយគ្រូកម្មវិធីអប់រំពិសេស)

----- **បើលោកអ្នកបំពេញលក្ខខណ្ឌទាមទារខាងលើហើយ លោកអ្នកអាចបញ្ឈប់នៅទីនេះ: --**

_____ ខ្ញុំមានភាពពិការទាក់ទងនឹងវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដោយស្របតាមភាពពិការទាក់ទងនឹងការឧបត្ថម្ភសង្គមកិច្ច (តម្រូវឱ្យមានការបំពេញផ្នែក IV និង V)

----- **បន្តទៅផ្នែក IV និង V** -----



សូមពិនិត្យមើលផ្នែកខាងក្នុង ដើម្បីបំពេញពាក្យសុំ →

ផ្នែកម្ខាងនេះត្រូវបំពេញសម្រាប់លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យភាពពិការទាក់ទងនឹងវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់តែប៉ុណ្ណោះ

ផ្នែក IV – ការយល់ព្រមបញ្ជាក់ឱ្យដឹងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (ដែលតម្រូវឱ្យមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យភាពពិការទាក់ទងនឹងវេជ្ជសាស្ត្រតែប៉ុណ្ណោះ)

ការជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ LACTOA ប័ណ្ណថែប TAP ជនពិការ, តាមន័យនេះខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិជូន Dr. _____ ដើម្បីបញ្ជាក់ឱ្យដឹងពីកម្រិតនៃការគ្រប់គ្រង និងការវេជ្ជសាស្ត្រ ឬពីកម្រិតទាក់ទងផ្សេងទៀត ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងភាពពិការរបស់ខ្ញុំ។ ព័ត៌មានដែលបានបញ្ជាក់ឱ្យដឹងនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីផ្សព្វផ្សាយស្ថានភាពអ្នកជំងឺរបស់ខ្ញុំ និងការរៀបចំចំណាត់ថ្នាក់ភាពពិការរបស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានឯកសារថតចម្លងអំពីការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចលុបចោលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះគ្រប់ពេលវេលា។ បើមិនបានលុបចោលទេ ទម្រង់បែបនេះនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពបញ្ជាក់ភាពពិការរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីបញ្ជាក់ឱ្យដឹងពីកម្រិតទាក់ទងរយៈពេលរហូតដល់ 60 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលបង្ហាញខាងក្រោមនេះ។

ឈ្មោះបេក្ខជនដាក់ពាក្យ (សរសេរអក្សរពុម្ព)

ហត្ថលេខាបេក្ខជនដាក់ពាក្យ

កាលបរិច្ឆេទ

SECTION V – MEDICAL PROFESSIONAL CERTIFICATION (សម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតប្រើប្រាស់តែប៉ុណ្ណោះ)

Qualified health care professionals who may certify disabilities listed in SECTION VI:

M.D. & D.O. – ALL IMPAIRMENTS, ALL CATEGORIES

CHIROPRACTORS – MOBILITY IMPAIRMENTS A, B, D ONLY

OPTOMETRIST – VISUAL IMPAIRMENTS K, L ONLY

AUDIOLOGIST – HEARING IMPAIRMENTS O, P ONLY

PODIATRIST – MOBILITY IMPAIRMENTS A, B, C, D ONLY

CLINICAL PSYCHOLOGISTS – MENTAL IMPAIRMENTS M, N ONLY

In order to certify an individual for the LACTOA Disabled TAP card you must:

- > Agree to only certify, as eligible, those individuals who meet the criteria in SECTION VI.
- > Upon request, provide verification of the information contained on this application to qualifying agency.
- > Possess the proper professional degree and be licensed in California.

I hereby certify that the applicant's Medical Disability Criteria defined in SECTION VI is/are (CIRCLE ALL LETTERS THAT APPLY)

A B C D E F G H I J K L M N O P

In the space provided below, doctor must indicate in detail applicant's disability. (REQUIRED)

In my professional judgment the applicant's disability is expected to continue for () years, () months.

(Note: TAP Identification Cards will not be issued for less than 3 months or more than 3 years.)

I understand that failure to certify applicant disabilities in accordance with the above guidelines will result in cancellation of my certification privileges. I am legally licensed as a _____ in the State of California and under the penalty of perjury, I hereby declare that the information provided is true and correct.

MEDICAL PROFESSIONAL INFORMATION

Doctor's Full Name

License No.

Address

Suite

City | State | Zip

Telephone Number

Fax Number

Signature

Date of Execution

SECTION VI – MEDICAL DISABILITY CRITERIA

MOBILITY IMPAIRMENTS

- A** Non-ambulatory: Requires use of a wheelchair.
- B** Mobility-Aided: Requires use of an AFO or larger leg brace, walker, or crutches to achieve mobility.
- C** Arthritis: Therapeutic Grade III or worse, Functional Class III or worse, Anatomical Grade III or worse.
- D** Amputation/Deformity: Traumatic loss of muscle mass or tendons or x-ray evidence of bony or fibrous ankylosis, joint subluxation or instability of both hands, one hand and foot, or amputation at or above tarsal region.
- E** Stroke: Causing Pseudobulbar Palsy, sustained functional motor deficit of gross/dexterous movement or gait, ataxia affecting two extremities.

PHYSICAL IMPAIRMENTS

- F** Respiratory: Class III or greater.
- G** Cardiac: Vascular impairments of Functional Class III or IV and Therapeutic Class C, D or E.
- H** Dialysis: Individuals who require kidney dialysis to live.
- I** Neurological Impairments: As contained in *Disability Evaluation Under Social Security Publication*.
- J** Chronic Progressive Debilitating Disorders: Diseases that are characterized by chronic symptoms such as fatigue, weakness, weight loss, pain and changes in mental status which interfere in daily living activities and **significantly impair mobility**.
 - > Progressive and uncontrollable malignancies
 - > Advanced connective tissue disease such as Lupus Erythematosus, Scleroderma or Polyarteritis Nodosa
 - > Symptomatic HIV: (AIDS or ARC) in CDC defined clinical group IV, Subgroups A-E

VISUAL IMPAIRMENTS

- K** Legally Blind.
- L** Visual Acuity: No better than 20/200 after correction in best eye, or visual field is contracted to 10 degrees or less from point of fixation or subtends to angle no greater than 20 degrees.

MENTAL IMPAIRMENTS

- M** Mental/Emotional: Individual with a mental or emotional impairment listed in *Diagnostic and Statistical Manual IV* of the American Psychiatric Association, the severity of which meets or exceeds standards outlined in the *Disability Evaluation Under Social Security Publication*. Disability must have been present for at least 3 months and be expected to continue for at least 3 months past the application date.
- N** Autism: Syndrome consisting of withdrawal, inadequate social relationships, language disturbance and monotonously repetitive motor behavior.

HEARING IMPAIRMENTS

- O** Total deafness.
- P** Persons whose hearing loss is 70 dba or greater in the 1000 and 2000 Hz ranges.

ការបញ្ជូនពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក

ពាក្យសុំដែលបានបំពេញ បានរៀបចំរួចហើយសម្រាប់ការបញ្ជូន មានដូចខាងក្រោម៖

- > ថ្លៃឈ្នួលពាក្យសុំ \$2 ដុល្លារ ដែលមិនអាចសងមកវិញបាន។ បើការដាក់ពាក្យសុំតាមប៊ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍នោះ សូមផ្ញើជូនសែក ឬការផ្ញើប្រាក់តាមប៊ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ ដែលអាចបង់ប្រាក់បានជូនទៅមេត្រូ Metro។
- > រូបថតផ្ទៃមុខពេញលេញថ្មី 2" x 2" ឬ 1" x 1¼" (មិនពាក់មួក ឬវ៉ែនភាការពារពន្លឺថ្ងៃ) នៅលើក្រដាសរូបថតដែល ភ្ជាប់នឹងប្រអប់ក្នុង ផ្នែក I.
- > ទម្រង់ពាក្យសុំដែលត្រូវបំពេញ៖ ផ្នែក I, II, III សម្រាប់បេក្ខជនដាក់ពាក្យទាំងអស់ និង ផ្នែក IV និង V សម្រាប់បេក្ខជនដាក់ពាក្យ ភាពពិការទាក់ទងនឹងវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។
- > ថតចម្លងអាជ្ញាប័ណ្ណបើកបរយានយន្តរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា California ឬអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា California និងឯកសារនានា ដែលបញ្ជាក់ភស្តុតាងភាពមាន សិទ្ធិស្របច្បាប់ក្នុង ផ្នែក III សម្រាប់បេក្ខជនដាក់ពាក្យសុំទាំងអស់ រៀបរយលើបេក្ខជនដាក់ពាក្យ ភាពពិការទាក់ទងនឹងវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។

បញ្ជូនកញ្ចប់ពាក្យសុំដែលបានបំពេញរបស់លោកអ្នកដោយផ្ទាល់ជូនទៅមជ្ឈមណ្ឌលអតិថិជនមេត្រូ (Metro Customer Centers) ដែលមានរាយបញ្ជីជាបន្តបន្ទាប់ដូចខាងក្រោម ឬក៏បញ្ជូនតាមប៊ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ ជូនទៅ៖

- > Metro Reduced Fare Office
Mail Stop 99-PL-4
One Gateway Plaza
Los Angeles, CA 90012-2952

LACTOA ប័ណ្ណថេប TAP ជនពិការ នឹងត្រូវបញ្ជូនតាមប៊ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ជូនចំពោះបេក្ខជនដាក់ពាក្យសុំក្នុងរយៈពេល 20 ថ្ងៃ នៃថ្ងៃធ្វើការ បន្ទាប់ពីការផ្ទៀងផ្ទាត់ត្រូវបានបញ្ចប់។ ទីភ្នាក់ងារ LACTOA រក្សាសិទ្ធិដើម្បីរៀបចំការកំណត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះប័ណ្ណថេប TAP ជនពិការ។ ពាក្យសុំនានាគឺសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ផ្ទៃក្នុងតែប៉ុណ្ណោះ ហើយនឹងមិនកំណត់ចំពោះការពិនិត្យឡើងវិញជាសាធារណៈឡើយ។ ប័ណ្ណនេះ មិនអាចផ្ទេរបាន។

ទីតាំងមជ្ឈមណ្ឌលអតិថិជន METRO CUSTOMER CENTER (ដល់ទទួលពាក្យសុំសម្រាប់ LACTOA អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណថេប TAP ជនពិការ)

មជ្ឈមណ្ឌលអតិថិជនមេត្រូ	មជ្ឈមណ្ឌលអតិថិជនមេត្រូ	មជ្ឈមណ្ឌលអតិថិជនមេត្រូ	មជ្ឈមណ្ឌលអតិថិជនមេត្រូ
Metro Customer Center	Metro Customer Center	Metro Customer Center	Metro Customer Center
Baldwin Hills/Crenshaw	East Los Angeles	Union Station/Gateway Plaza	Wilshire/Vermont
3650 Martin Luther King Bl	4501 B Whittier Bl	One Gateway Plaza	3183 Wilshire Bl
Ste 189	Los Angeles, CA	Los Angeles, CA	Ste 174
Los Angeles, CA			Los Angeles, CA

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម

Visit metro.net/reducedfares
213.680.0054