



障害者 TAP 身分証明書の申請書

LOS ANGELES COUNTY TRANSIT OPERATORS ASSOCIATION (LACTOA)

LACTOA 障害者 TAP カードプログラムで、障害のある乗客が容易に Los Angeles 郡交通機関の割引料金が受けられます (Dial-a-Ride サービスを除く)。資格条件やその他の情報は 213.680.0054 にお電話ください。

申請手続き

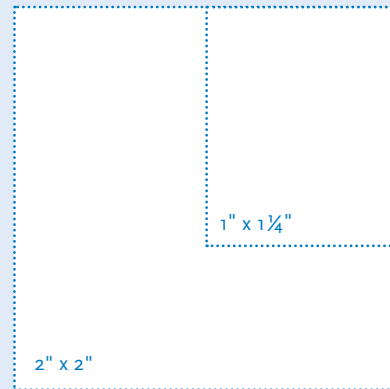
- > すべての申請者はこの申請書の **セクション I、II、および III** に記入し、有効な写真付き身分証明書のコピーと共に提出してください。
- > 申請者に医療障害 (**セクション III** 参照)がある場合は、**セクション IV** も完了し、医者または他の認可された専門家が **セクション V** を記入し署名をする必要があります。
- > 申請料金は \$2。返金不可。郵便で申請する場合、Metro を受取人とする小切手またはマネーオーダーを送ってください。
- > 医療障害認定者以外のすべての申請者のカリフォルニア州運転免許証またはカリフォルニア州身分証明書のコピー、および **セクション III** における資格を証明する書類。
- > 申請書と必要書類は直接提出するか、または郵送してください (最終ページ参照)。

セクション I - 写真の指定

- > 下記に記載されているガイドラインに準拠しない写真付きの申請書は受理されません。

四角の枠の中に写真を貼ってください

- > 正面顔写真に限りです
- > 写真のサイズ 2" x 2" または 1" x 1¼"
- > 帽子とサングラスなし
- > スペースに収まる大きさの写真 (枠の大きさに合わせて切る)
- > 写真はコピーではなく、写真用紙使用のこと



セクション II - 申請者情報 (申請者が記入すること)

姓	名	ミドルネーム/イニシャル
住所	アパート #	市 州 ジップコード
メール	生年月日	電話番号

私は私が述べた情報が真実であることをカリフォルニア州の下で偽証を罰則として宣言いたします。私は、カードを悪用した場合、または交通機関の所有物に傷、落書き、または損傷を加えた場合、自分の割引料金 TAP カードの使用権を失う可能性があることを認識しています。

申請者の署名 _____ 日付 _____

セクション III - 資格の規準および診療情報の提供

下記に示すいずれかの基準が申請者に申請される場合、申請者は LACTOA 障害者 TAP カードの対象となります。

注: 最初の 4 つのカテゴリのいずれかに資格を持つ申請者は、資格を証明する書類のコピー、現在のカリフォルニア州の運転免許証、またはカリフォルニア州の身分証明書を提出しなければなりません。

- _____ 私は Medicare の保険証を持っています (Medi-Cal カードは受理されません)
- _____ 私は有効なカリフォルニア DMV プラカードの領収書 (「承認日」まで有効の必要あり)、または傷痍軍人証 (サービスのつながり有り) を持っています
- _____ 私は補足保障所得 [SSI] または社会保障障害保険 [SSDI] の給付を受けています (授与の手紙、利益調整の手紙、給付小切手のコピー)
- _____ 私は Los Angeles 郡プログラムの特殊教育学生です (特殊教育教師が署名した学校のレターヘッドの証明の手紙)

上記の要件を満たしている場合は、ここで止めてください

- _____ 私は 社会保障障害 (**セクション IV および V** の記入を必須とする) に適応する医療障害を持っています

セクション IV および Vへ

申請書を完了するには中を見て下さい。→



Metro®



こちら側は医療障害基準の資格にのみご記入ください

セクション IV - 診療情報の提供 (医学の障害規準に必要)

LACTOA 障害者 TAP カードの申請に関して、私は医師、_____ が私の障害に関して適切な代理人に診療または他の適切な情報を提供することを承認します。提供された情報は、私の患者としての状態と、私の障害カテゴリの指定を確認するためにのみ使用されます。

私はこの承認のコピーを受ける権利を有することを認識しています。私はこの許可をいつでも取り消すことができることを理解しています。取り消されない限り、この用紙は下記に記載された日付から 60 日間までは、私の障害を証明する医療専門家が適切な情報を提供することを許可します。

申請者の名前 (活字体)

申請者の署名

日付

SECTION V – MEDICAL PROFESSIONAL CERTIFICATION (医者の使用欄)

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.

申請書の提出

提出の準備が完了したアプリケーションには以下が含まれています

- > 払い戻し不可の申請料 \$2 を郵送で申請する場合、小切手またはマネーオーダーを Metro 宛てに送付してください。
- > **セクション I** に貼付された 2" x 2" または 1" x 1¼" の写真用紙使用の最近の顔写真 (帽子とサングラスなし)。
- > 記入済み申請用紙: すべての申請者は**セクション I、II、III**、医療障害資格を持つ申請者は **セクション IV** および **V**。
- > 医療障害資格を持つ申請者を除くすべての申請者は、カリフォルニア州運転免許証またはカリフォルニア州身分証明書のコピー、および **セクション III** における資格を証明する書類。

申請書と必要書類を下記のいずれかの Metro カスタマーセンターに直接提出するか、または郵送してください:

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

LACTOA 障害者 TAP カードは認定完了後、20 営業日以内に資格申請者に郵送されます。LACTOA エージェンシーは障害者 TAP カードの適格性の最終決定を行なう権利を有します。申請は内部使用のみとしており、公開レビューの対象にはなりません。カードを譲渡することはできません。

METRO カスタマーセンター所在地 (LACTOA 障害者 TAP 身分証明書の申請受付)

Metro カスタマーセンター Baldwin Hills/Crenshaw 3650 Martin Luther King Bl Ste 189 Los Angeles, CA	Metro カスタマーセンター East Los Angeles 4501 B Whittier Bl Los Angeles, CA	Metro カスタマーセンター Union Station/Gateway Plaza One Gateway Plaza Los Angeles, CA	Metro カスタマーセンター Wilshire/Vermont 3183 Wilshire Bl Ste 174 Los Angeles, CA
---	--	--	---

詳細について

metro.net/reducedfares をご覧ください
213.680.0054