



장애자 TAP ID 카드 신청

LOS ANGELES COUNTY TRANSIT OPERATORS ASSOCIATION (LACTOA)

LACTOA 장애자 TAP 카드 신청 프로그램은 장애자 승객의 모든 Los Angeles 카운티에서의 환승을 위한 할인 요금 신청을 쉽게 해줍니다 (서비스는 제외). 자격조건과 정보를 원하시면 213.680.0054로 연락 해주십시오.

신청 시 주의사항

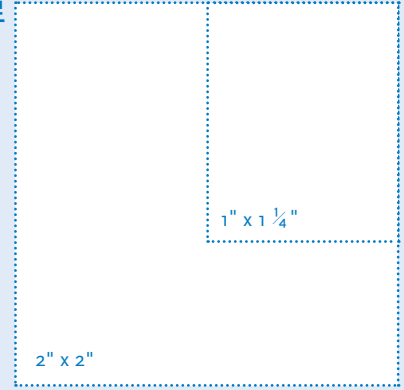
- > 모든 신청자는 본 신청서의 **섹션 I, II, III** 를 기입하고 유효한 사진 ID 을 제출해야 합니다.
- > 신청자가 의학적 장애를 가지고 있는 경우 (**섹션 III** 참조), **섹션 IV** 를 작성해야 하며 **섹션 V** 에 의사나 자격 있는 전문가의 서명을 받아야 합니다.
- > 환불 불가인 \$2 의 신청비. 우편으로 신청하는 경우, 수표나 머니 오더의 수취인을 Metro 로 작성하셔서 보내주십시오.
- > 의학적 장애 신청자를 제외하고 모든 신청자는 **섹션 III** 자격을 증명하는 캘리포니아 운전면허증 또는 캘리포니아 ID 카드 또는 기타 서류 사본.
- > 직접 신청서를 제출하거나 우편으로 신청하십시오 (마지막 페이지 참조).

섹션 I - 사진 규격

- > 아래의 지침을 따르지 않는 신청자 사진은 처리되지 않습니다.

박스에 사진을 테이프로 붙이십시오

- > 얼굴 정면 사진
- > 사진 크기 2" x 2" 또는 1" x 1 1/4"
- > 모자 또는 선글라스 착용 안됨
- > 사진은 크기에 맞게 붙임 (크기에 맞춰 자름)
- > 인화 사진을 사용해야 하며 복사 사진은 안됨



섹션 II - 신청자 정보 (신청자가 작성)

성	이름	가운데 이름/이니셜
거리 주소	Apt #	시 주 Zip
이메일	생년월일	전화번호

본인은 캘리포니아주의 위증에 대한 법에 따라 본인이 제공한 정보가 사실임을 언명합니다. 본인은 할인 요금 TAP 카드를 남용하거나, 환승 기관의 재산에 표시, 태그 또는 손상을 입히는 경우 이 카드 사용 자격을 잃을 수 있음을 이해합니다.

신청자 서명 _____ 날짜 _____

섹션 III - 자격 기준 및 의료 정보

LACTOA 기준에 해당되는 신청자는 장애인 TAP 카드 신청을 할 수 있습니다.

주: 처음 네 가지 항목에 해당 되는 신청자는 증명 서류 사본과 캘리포니아 운전면허증 또는 캘리포니아 ID 카드를 제출해야 합니다.

- _____ Medicare 카드를 소지하고 있음 (Medi-Cal 카드는 안됨)
- _____ 유효한 캘리포니아 DMV 플래카드 영수증 (현재까지 "유효한" 날짜인 것) 또는 장애 퇴역군인 카드 (서비스 연결)를 소지하고 있음
- _____ 생활 보조금 [SSI] 또는 사회보장장애보험 [SSDI]을 수령하고 있음 (수령 내역, 혜택조정, 수표 등의 사본)
- _____ Los Angeles 카운티 프로그램의 특수 교육 학생임 (특수 교육 교사의 서명이 있는 학교 용지로 된 증명 서류)

상기 요건을 충족하면, 서류 작성을 멈추십시오

- _____ 본인은 사회보장장애 조건에 따른 의료 장애자입니다 (**섹션 IV, V** 작성)

섹션 IV, V 에서 계속



신청서 작성을 위해 내부 내용 참조. →

THIS SIDE TO BE COMPLETED FOR QUALIFYING MEDICAL DISABILITY CRITERIA ONLY

SECTION IV – MEDICAL RELEASE CONSENT (담당 의사용)

In connection with my application for a LACTOA Disabled TAP card, I hereby authorize Dr. _____ to release to the appropriate agency, medical or other pertinent information regarding my disability. The information released will only be used to verify my patient status and the designation of my disability category.

I realize that I have a right to receive a copy of this authorization. I understand that I may revoke this authorization at any time. Unless revoked, this form will permit the health care professional certifying my disability to release pertinent information for up to 60 days after the date appearing below.

Applicant Name (Print) Applicant Signature Date

SECTION V – MEDICAL PROFESSIONAL CERTIFICATION (FOR DOCTOR'S USE ONLY)

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

M.D. & D.O. – ALL IMPAIRMENTS, ALL CATEGORIES	AUDIOLOGIST – HEARING IMPAIRMENTS O, P ONLY
CHIROPRACTORS – MOBILITY IMPAIRMENTS A, B, D ONLY	PODIATRIST – MOBILITY IMPAIRMENTS A, B, C, D ONLY
OPTOMETRIST – VISUAL IMPAIRMENTS K, L 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
_____ Signature	_____ Date of Execution
	_____ Fax Number

 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.

신청서 제출

제출 완성 서류는 다음 사항을 포함해야 함:

- > 환불 불가의 신청비 \$2. 우편으로 신청하는 경우, Metro로 수표 또는 머니 오더를 보내십시오.
- > 최근 2" x 2" or 1" x 1 ¼" 얼굴 정면 사진 (모자 또는 선글라스 착용 안됨)을 **섹션 I** 사진 박스에 붙임.
- > 신청서: 모든 신청자는 **섹션 I, II, III** 를 기입하고 의료 장애자 신청자는 **섹션 IV, V** 기입.
- > 의료 장애 신청자를 제외한 모든 신청자는 캘리포니아 운전면허증 또는 캘리포니아 ID 카드 사본과 **섹션 III** 해당 자격을 증명하는 서류 제출.

작성된 신청서를 Metro 고객 센터에 직접 제출하거나 아래의 주소로 보내주십시오:

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

장애인 TAP 카드는 신청서 확인 후 20일 내에 우송됩니다. LACTOA 기관은 장애인 TAP 카드 자격에 대한 최종 결정권을 가집니다. 신청서는 내부용으로만 사용되며 공개되지 않습니다. 본 카드는 양도할 수 없습니다.

고객 센터 위치 (LACTOA 장애인 TAP 카드 신청 접수)

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

자세한 정보는

다음 사이트를 방문하세요 metro.net/reducedfares
213.680.0054