



# Հաշմանդամների TAP Նույնականացման քարտի դիմում

## ԴԻՄՈՒՄԻ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼԸ

- Ներկայացման ենթակա լրացված դիմումը պետք է պարունակի հետևյալը՝
  - > Չվերադարձվող \$2 դիմումի վճար: Եթե դիմումը ուղարկվում է փոստով, խնդրում ենք ուղարկել չեկ կամ դրամական փոխադրություն Metro–ի անունով:
  - > Վերջերս արված 2" × 2" կամ 1" × 1¼" ամբողջ դեմքի լուսանկար (ոչ մի գլխարկ կամ արևային ակնոցներ) լուսանկարչական թղթի վրա՝ կպցված բաժին i-ի վանդակի մեջ:
  - > Դիմումի լրացված ձևաթուղթ՝ բաժիններ I, II, III բոլոր դիմողների համար և բաժիններ IV և V՝ իրավունակ բժշկական հաշմանդամություն ունեցող դիմողների համար:
  - > Կալիֆորնիայի վարորդական իրավունքի վկայականի կամ Կալիֆորնիայի նույնականացման քարտի պատճեն և փաստաթղթեր, որոնք ապացուցում են իրավունակությունը բաժին iii-ում՝ բոլոր դիմողների համար, բացառությամբ բժշկական հաշմանդամություն ունեցող դիմողները:

Անձամբ ներկայացրեք Ձեր լրացված դիմումի փաթեթը ստորև ներկայացված հետևյալ Metro Հաճախորդների սպասարկման կենտրոններից մեկին կամ փոստով ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝

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

LACTOA Հաշմանդամների TAP քարտերը փոստով կուղարկվեն իրավունակ դիմողներին ստուգման գործընթացը ավարտվելուց հետո 20 օրվա ընթացքում: LACTOA գործակալությունները իրավունք են վերապահում Հաշմանդամության TAP քարտի վերաբերյալ իրավունակության վերջնական որոշումը կայացնելու համար: Դիմումները միայն ներքին օգտագործման համար են և հանրությանը ներկայացման ենթական չեն: Քարտը չի կարելի ուրիշին փոխանցել:

## METRO ՀԱՃԱՆՈՐԴՆԵՐԻ ՄՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆՆԵՐԻ ԳՏՆԿԵԼՈՒ ՎԱՅՐԸ (ԸՆԴՈՒՆՈՒՄ ԵՆ LACTOA ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՆԵՐԻ TAP ՆՈՒՅՆԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ՔԱՐՏԵՐԻ ԴԻՄՈՒՄՆԵՐ)

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

## ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

Այցելեք [taptogo.net](http://taptogo.net)  
866.827.8646

LACTOA Հաշմանդամների TAP քարտի ծրագիրը հեշտացնում է հաշմանդամ ուղևորների համար իրավունակ դառնալու Los Angeles վարչական շրջանի բոլոր փոխադրող օպերատորների նվազեցված ուղեվարձի համար (բացառությամբ Dial-a-Ride ծառայություններից): Իրավունակության պահանջների և լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք 866.827.8646 հեռախոսահամարով:

## ԴԻՄՈՒՄԻ ՀՐԱՀԱՆԳՆԵՐ

- > Բոլոր դիմողները պետք է լրացնեն այս դիմումի բաժիններ I, II և III, ինչպես նաև ներկայացնեն վավերական լուսանկարով ID-ի պատճենը:
- > Եթե դիմողը ունի իրավունակ բժշկական հաշմանդամություն (տես բաժին III), նա պետք է նաև լրացնի բաժին iv և պետք է խնդրի բժշկին կամ այլ որակավորված մասնագետին լրացնել և ստորագրել բաժին v-ը:
- > Չվերադարձվող \$2 դիմումի վճար: Եթե դիմումը ուղարկվում է փոստով, խնդրում ենք ուղարկել չեկ կամ դրամական փոխադրություն Metro–ի անունով:
- > Կալիֆորնիայի վարորդական իրավունքի վկայականի կամ Կալիֆորնիայի նույնականացման քարտի պատճեն և փաստաթղթեր, որոնք ապացուցում են իրավունակությունը բաժին III-ում՝ բոլոր դիմողների համար, բացառությամբ բժշկական հաշմանդամություն ունեցող դիմողները:
- > Լրացված դիմումը ներկայացրեք անձամբ կամ ուղարկեք փոստով (տես վերջին էջը):

## ԲԱԺԻՆ II – ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԴԻՄՈՂԻ ԿԵՐԱԲԵՐՈՅԱԼ (ՊԵՏՔ Է ԼՐԱՑԿԻ ԴԻՄՈՂԻ ԿՈՂՄԻՑ )

Ազգանուն	Անուն	Հայրանուն/Սկզբնատառ
Փողոցի անուն	Բնակարան #	Քաղաք, Նահանգ, Փոստային ինդեքս
Էլ. փոստ	Ծննդյան թվական	Հեռախոսահամար
<p>Ես հայտարարում եմ սուտ վկայության համար պատժի ահի ներքո, Կալիֆորնիա նահանգում, որ ներկայացված տեղեկությունները ճիշտ են: Ես հասկանում եմ, որ կարող եմ կորցնել Նվազեցված ուղեվարձի TAP քարտը օգտագործելու հնարավորությունը, եթե ես այն սխալ գործածեմ կամ եթե ես նշաններ դնեմ, վրան նկարեմ կամ վնասեմ փոխադրումների գործակալության անձնական սեփականությունը:</p>		
Դիմողի ստորագրությունը		Ամսաթիվը

## ԲԱԺԻՆ III – ԻՐԱՎՈՒՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐ ԵՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՏԿՅԱԼՆԵՐԻ ԲԱՑԱՀԱՅՏՈՒՄ

Դիմողները իրավունակ են ստանալու LACTOA Հաշմանդամի TAP քարտ, եթե ներքոհիշյալ չափանիշներից մեկը վերաբերում է դիմողին: *Օտնոթություն. Առաջին չորս կարգերի համար իրավունակ դիմողները պետք է ներկայացնեն իրավունակությունը հիմնավորող փաստաթղթի և վավերական Կալիֆորնիայի վարորդական իրավունքի վկայականի կամ Կալիֆորնիայի նույնականացման քարտի պատճենները:*

- \_\_\_\_\_ Ես ունեմ Medicare-ի նույնականացման քարտ (Medi-Cal-ի չի ընդունվի)
- \_\_\_\_\_ Ես ունեմ վավերական Կալիֆորնիայի DMV-ի Հաշմանդամության քարտի ստացական (ընդունելի լինելու համար պետք է ունենա ընթացիկ “ուժի մեջ է մինչև” ամսաթիվ) կամ Հաշմանդամ վետերանների նույնականացման քարտ (ծառայություն հետ կապված)
- \_\_\_\_\_ Ես ստանում եմ Հավելյալ ապահովության եկամուտ [SSI] կամ Սոցիալական ապահովության հաշմանդամության ապահովագրության [SSDI] -- նպաստներ (պարգևատրության նամակի, նպաստի կարգաբերման նամակի, նպաստի չեկի պատճեն)
- \_\_\_\_\_ Ես Հատուկ կրթության աշակերտ եմ Los Angeles վարչական շրջանի ծրագրի ներքո (վավերացված նամակ դպրոցի պաշտոնական ձևաթղթի վրա՝ ստորագրված Հատուկ կրթության ուսուցչի կողմից)
- Եթե ԴՈՒՔ ՀԱՍՈՊԱՏԱՍԽԱՆՈՒՄ ԵՔ ՎԵՐՈՎՈՂՈՅՄԻՆ՝ՊԱՀԱՆՁՆԵՐԻՆ՝ԿԵՐՊՊԵՔ ԵՅՅՏԵՂ ԿԱՆԳ ԱՌՆԵԷ-----
- \_\_\_\_\_ Ես ունեմ իրավունակ բժշկական հաշմանդամություն՝ Սոցիալական ապահովության հաշմանդամության համաձայն (Պահանջվում է լրացնել բաժիններ IV և V)
- ՀԱՐՈՒՆԱԿԵՔ ԲԱԺԻՆՆԵՐ IV ԵՎ V

Դիմումը լրացնելու համար տես ներքի կողմը: →



# ԱՅՍ ԿՈՂՄԸ ՊԵՏՔ Է ԼՐԱՑԿԻ ՄԻԱՅՆ ԻՐԱԿՈՒՆԱԿ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅԱՆ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

## ԲԱԺԻՆ IV – ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՏԿՅԱԼՆԵՐԸ ԲԱՑԱՀԱՅՏԵԼՈՒ ԹՈՒՅԼՏԿՈՒԹՅՈՒՆ (ՊԱՀԱՆՋՎՈՒՄ Է ՄԻԱՅՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅԱՆ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ)

LACTOA Հաշմանդամների TAP քարտի համար իմ դիմումի հետ կապված՝ սույնով ես թույլատրում եմ Բժիշկ \_\_\_\_\_ – համապատասխան գործակալությանը հայտնել իմ հաշմանդամությանը վերաբերող բժշկական կամ այլ համապատասխան տեղեկությունները: Բացահայտված տեղեկությունները կօգտագործվեն միայն իմ հիվանդի կարգավիճակը հաստատելու և իմ հաշմանդամության կարգը ցույց տալու համար:

Ես հասկանում եմ, որ այս թույլտվության պատճենը ստանալու իրավունք ունեմ: Ես հասկանում եմ, որ կարող եմ յուրաքանչյուր պահի չեղյալ համարեմ այս թույլտվությունը: Եթե այն չեղյալ համարված չէ, այս ձևաթուղթը թույլ է տալիս իմ հաշմանդամությունը հաստատող առողջապահական խնամքի մասնագետին հայտնելու համապատասխան տեղեկությունները բացահայտել ներքևում նշված ամսաթվից հետո մինչև 60 օրվա ընթացքում:

\_\_\_\_\_ Դիմողի անունը (տպատառերով) \_\_\_\_\_ Դիմողի ստորագրությունը \_\_\_\_\_ Ամսաթիվը

### SECTION V – MEDICAL PROFESSIONAL CERTIFICATION (ՄԻԱՅՆ ԲԺՇԿԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ)

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

<b>M.D. &amp; D.O. – ALL IMPAIRMENTS, ALL CATEGORIES</b>	<b>AUDIOLOGIST – HEARING IMPAIRMENTS <b>O, P ONLY</b></b>
<b>CHIROPRACTORS – MOBILITY IMPAIRMENTS <b>A, B, D ONLY</b></b>	<b>PODIATRIST – MOBILITY IMPAIRMENTS <b>A, B, C, D ONLY</b></b>
<b>OPTOMETRIST – VISUAL IMPAIRMENTS <b>K, L ONLY</b></b>	<b>CLINICAL PSYCHOLOGISTS – MENTAL IMPAIRMENTS <b>M, N ONLY</b></b>

In order to certify an individual for the 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 \_\_\_\_\_ ENTER TITLE OF QUALIFIED PROFESSION 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, Sclerodema 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.

[See back for more information. →](#)