



# 残疾人 TAP 卡申请

## 提交您的申请

一份完整并可提交的申请包含以下部分：

- > 收取 \$2 的申请费，此费不可退还。若通过邮寄申请，请将支付给 Metro 的支票或汇票一同寄出。
- > 一张近期的 2" × 2" 或 1" × 1¼" 的正面相纸照片（不得戴帽子或太阳镜），贴在第 I 部分的方框内。
- > 一份完整的申请表：所有申请者均需填写**第 I、II、III 部分**，符合医学上残疾人资格的申请者须填写**第 IV 和 V 部分**。
- > 除了医学上认定的残疾人申请者以外，所有申请者均需加利福尼亚州驾照或加州身份证复印件以及**第 III 部分**中证明合格的文件。

将填写完的申请文件邮寄至下列地址。如欲亲自面交则可至下列四所客户中心：

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

LACTOA 残疾人 TAP 卡将在核查完成后 20 个工作日内邮寄给合格的申请者。LACTOA 机构保留符合残疾人 TAP 卡申请资格的最终决定权。申请仅作内部使用，不经过公开审查。此卡不可转让。

## METRO 客户中心地址（接受 LACTOA 残疾人 TAP 卡申请）

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

## 欲了解更多信息

请查看 [taptogo.net](http://taptogo.net)  
866.827.8646

LACTOA 残疾人 TAP 卡项目为残疾乘客在 Los Angeles 地区所有交通运营单位（除了 Dial-a-Ride 服务）处提供费用减免的优惠待遇。请拨打 866.827.8646 了解合格条件或额外信息。

## 申请指南

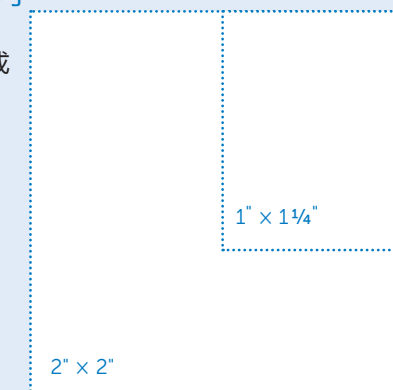
- > 所有申请者都必须完成本申请表的**第 I、II 和 III 部分**，并提供有效的带照片身份证的复印件。
- > 若申请者符合医学上的残疾定义（见**第 III 部分**），那么他或她也必须完成**第 IV 部分**，且必须要求一名医生或其他合格的专业人员完成**第 V 部分**并签字。
- > 收取 \$2 的申请费，此费不可退还。若通过邮寄申请，请将支付给 Metro 的支票或汇票一同寄出。
- > 除了医学上认定的残疾人申请者以外，其它申请者均需加利福尼亚州驾照或加州身份证复印件以及**第 III 部分**中证明合格的文件。
- > 亲自提交或邮寄填写完毕的申请（见最后一页）。

## 第 I 部分——照片规格

> 照片未根据下列指示粘贴的所有申请都将不予处理。

### 将照片粘贴在方框内

- > 仅可用正面照
- > 照片尺寸为 2" × 2" 或 1" × 1¼"
- > 不得戴帽子或太阳镜
- > 照片大小必需契合提供的空间（可剪裁）
- > 必须使用相纸照片，而非影印照片



## 第 II 部分——申请者信息（由申请者本人填写完成）

姓	名	中名/首字母
街道地址	公寓#	邮政编码
电子邮箱	生日	电话号码

基于加利福尼亚州法律中有关伪证罪的规定，本人声明所提供的信息是真实的。我理解若我对此卡使用不当，或对交通部门颁发的文件乱涂乱画或加以损坏，我可能会失去对此 TAP 优惠卡的使用资格。

申请者签字 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

## 第 III 部分——合格标准和个人健康状况披露

若申请者符合下列任一条件，则有资格申请 LACTOA 残疾人 TAP 卡。  
注：符合前四类中任何一类的申请者必须提供足以证明其合格的文件及当前的加州驾照或身份证的复印件。

- \_\_\_\_\_ 我有 Medicare 的卡（Medi-Cal 卡不予接受）
- \_\_\_\_\_ 我有有效的加利福尼亚州 DMV 的残疾人 标牌收据（必须在有效期内才可接受）或伤残退伍军人身份证（因公致残）
- \_\_\_\_\_ 我收到附加社会保障收入 [SSI] 或社会安全残障保险 [SSDI] 的福利（授予通知书复印件、福利调整信函和福利检查）
- \_\_\_\_\_ 我是 Los Angeles 县特殊教育项目的学生（有学校信笺抬头的证明函，附有特殊教育项目教师的签字）

## 若您符合以上要求，即可到此为止

\_\_\_\_\_ 根据残障人士社会保障，我拥有医学上认定的残疾资格（要求完成第 IV 和 V 部分）

## 继续完成第 IV 和 V 部分

见里面以完成申请 →

# 填写此面仅供判断是否符合医学失能标准

## 第 IV 部分——个人健康状况披露同意书（仅供判断是否符合医疗残疾标准）

关于我的 LACTOA 残疾人 TAP 卡申请，我在此授权 \_\_\_\_\_ 医生将有关本人残疾状况的医疗或其它相关信息提供给相应机构。披露的信息将仅用于核实本人的患者状态，并指明本人的残疾类型。

我了解我有权获得此授权书的复印件。我理解我可在任何时候撤销此授权。除非此授权被撤销，否则此表将允许可证实本人残疾状况的医疗保健专业人员在下面的日期之后长达 60 天内披露我的相关信息。

\_\_\_\_\_  
申请者姓名（印刷体）

\_\_\_\_\_  
申请者签字

\_\_\_\_\_  
日期

## SECTION V – MEDICAL PROFESSIONAL CERTIFICATION (仅供医生使用)

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

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

**AUDIOLOGIST – HEARING IMPAIRMENTS **D, 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 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.

ENTER TITLE OF QUALIFIED PROFESSION

## 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.

[See back for more information. →](#)