



Заявление на проездной TAP для инвалидов

ОТПРАВКА ВАШЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ

Заполненное заявление готовое к подаче содержит следующее:

- > \$2 канцелярский сбор (безвозвратный). При подаче по почте, платеж чеком или переводом должен быть направлен на имя Metro.
- > Недавняя фотография, лицо полностью, размером 2" x 2" или 1" x 1¼" (без головного убора или темных очков) на фотобумаге, прикрепленная в отведенном месте в **РАЗДЕЛЕ I**.
- > Заполненное заявление: **РАЗДЕЛЫ I, II, III** для всех заявителей и **РАЗДЕЛЫ IV и V** для заявителей с инвалидностями соответствующими критериям.
- > Копии Калифорнийского водительского удостоверения или идентификационной карты, и документы доказывающие соответствие критериям **РАЗДЕЛА III** для всех заявителей кроме инвалидов соответствующих критериям.

Доставьте полный пакет заявления в любой Metro Центр обслуживания клиентов лично, или почтой по адресу:

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

Проездной для инвалидов (Disabled TAP card) будет выслан заявителям, соответствующим критериям, почтой, в течение 20 рабочих дней, после завершения проверки. Агентства LACTOA оставляют за собой право на окончательное решение о соответствии критериям выдачи карт TAP для инвалидов. Заявления служат только для внутреннего пользования и не подлежат публичному рассмотрению. Карты не подлежат передаче.

АДРЕСА METRO ЦЕНТРОВ ОБСЛУЖИВАНИЯ (ПРИНИМАЮЩИХ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ TAP КАРТЫ ИНВАЛИДОВ)

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

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Посетите taptogo.net
866.827.8646

Программа LACTOA проездных карт TAP для инвалидов, облегчает пассажирам-инвалидам соответствовать критериям для получения проездных в общественном транспорте (за исключением услуг Dial-a-Ride) по сниженным тарифам во всех графствах Los Angeles. Чтобы узнать о критериях или получить дополнительную информацию, звоните 866.827.8646.

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЯ

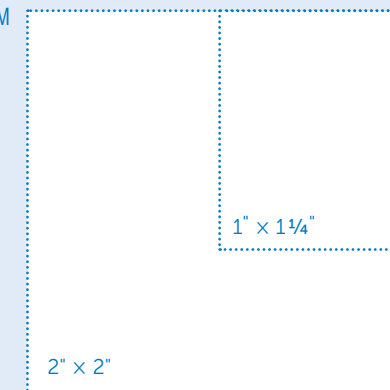
- > Все заявители должны заполнить **РАЗДЕЛЫ I, II и III** заявления и предоставить копии действующих документов с фотографиями.
- > Если инвалидность заявителя соответствует критериям (см. **РАЗДЕЛ III**), то он/она должен заполнить также **РАЗДЕЛ IV** и обязан сделать запрос доктору или другому сертифицированному профессионалу чтобы заполнить и подписать **РАЗДЕЛ V**.
- > Послать безвозвратный канцелярский сбор в сумме \$2. При заявлении, посланном почтой, пожалуйста, шлите чек, или денежный перевод на Metro.
- > Копию Калифорнийского водительского удостоверения, или Калифорнийского удостоверения и документы, доказывающие право на получение помощи в **РАЗДЕЛЕ III** для всех заявителей кроме заявителей с медицинскими инвалидностями.
- > Подать заполненное заявление лично, или послать по почте (см. последнюю страницу).

РАЗДЕЛ I – ТРЕБОВАНИЕ К ФОТОГРАФИИ

- > Все заявления с фотографиями не соответствующими нижеперечисленным требованиям рассматриваться не будут.

ЗАКРЕПИТЕ ФОТО СКОТЧЕМ ВНУТРИ ОТМЕЧЕННОГО ЧЕТЫРЕХУГОЛЬНИКА

- > На фото лицо должно быть полностью
- > Размер фото 2" x 2" или 1" x 1¼"
- > Без головных уборов или темных очков
- > Фото должно точно войти на предназначенное место (обрежьте до требуемого размера)
- > Фото должно быть на фотобумаге, а не на копировальной бумаге.



РАЗДЕЛ II – ИНФОРМАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЗАЯВИТЕЛЕМ)

Фамилия	Имя	Отчество/Инициал
Номер дома и улица	Номер квартиры	Город, Штат, Почтовый код
Электронная почта	Дата рождения	№ телефона
Под страхом наказания за лжесвидетельство согласно закону штата Калифорния я заявляю, что информация, которую я дал верна. Я осознаю, что при неправильном пользовании проездным TAP, или порче имущества агентства общественного транспорта я потеряю право проезда по сниженной цене.		
Подпись заявителя	Дата	

РАЗДЕЛ III – КРИТЕРИИ ОТБОРА И РАЗРЕШЕНИЕ ДОСТУПА К МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Заявитель имеет право на проездной (LACTOA TAP карта) по инвалидности, если соответствует, по крайней мере, одной из перечисленных категорий. *Примечание: заявитель, правомочный по одной из первых четырех категорий обязан предоставить копию документа доказывающего правомочность и действующее водительское удостоверение Калифорнии, или идентификационную карту Штата Калифорния.*

- _____ Я имею Идентификационную карту Medicare (Карта Medi-Cal не приемлема)
- _____ Я имею действующий парковочный знак DMV Штата Калифорния (обязан иметь текущую «действителен до» дату для приема), или идентификационную карту Ветерана-Инвалида (соединенную с услугой)
- _____ Я получаю Дополнительный доход социальной безопасности (SSI), или Социальное страхование по инвалидности (SSDI) (копия письма дающего право на страховку, письмо об изменении платы, или чек)
- _____ Я студент-инвалид специальной программы Графства Los Angeles (сертификационное письмо на школьном бланке, подписанное учителем специальной программы)
- **ЕСЛИ ВАШ СЛУЧАЙ – КАКОЙ-ЛИБО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВЫШЕ, МОЖНО ДАЛЬШЕ НЕ ЗАПОЛНЯТЬ**
- _____ Моя инвалидность соответствует отборочным критериям, в соответствии с *Социальным Обеспечением по инвалидности (Требуется заполнить разделы IV и V)*
- **ДАЛЕЕ В РАЗДЕЛАХ IV и V**

См. внутри приложения. →

ЭТА СТОРОНА ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ КРИТЕРИЙ ИНВАЛИДНОСТИ.

РАЗДЕЛ IV – РАЗРЕШЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ (ТРЕБУЕТСЯ ТОЛЬКО ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ КРИТЕРИЙ ИНВАЛИДНОСТИ)

В соответствии с требованиями моего заявления на проездной для инвалидов, я, настоящим, разрешаю: Врачу _____ разрешить доступ соответствующему агентству к медицинской и другой соответствующей информации относительно моей инвалидности. Данное разрешение должно быть использовано только для удостоверения моего статуса пациента и определения категории моей инвалидности.

Я осознаю, что имею право на получение копии этого разрешения. Я понимаю, что могу отозвать это разрешение в любое время. Эта форма, если предварительно не отозвана, разрешает профессионалу здравоохранения сертифицировать мою инвалидность для передачи соответствующей информации в течение до 60 дней после даты указанной ниже.

Имя заявителя (Печатными буквами)

Подпись заявителя

Дата

SECTION V – MEDICAL PROFESSIONAL CERTIFICATION (Для ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОЛЬКО ВРАЧОМ)

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 D, 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 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. →](#)