



ใบสมัครบัตรประจำตัวคนพิการ TAP

การยื่นใบสมัครของคุณ

ใบสมัครที่สมบูรณ์พร้อมยื่นต้องมีดังต่อไปนี้:

- > ค่าสมัครแบบคืนไม่ได้ 2 ดอลลาร์ ถ้าสมัครทางไปรษณีย์ โปรดส่งเช็คหรือธนาคัติที่ส่งจ่ายถึง Metro
- > รูปหน้าเต็มขนาด 2" x 2" หรือ 1" x 1¼" (ไม่สวมหมวกหรือแว่นกันแดด) บนกระดาษภาพถ่ายที่แปะในช่องว่างใน **ส่วนที่ 1**
- > แบบฟอร์มใบสมัครที่กรอกสมบูรณ์: **ส่วนที่ 1, 2 และ 3** สำหรับผู้สมัครทั้งหมดและ **ส่วนที่ 4 และ 5** สำหรับผู้สมัครที่พิการทางการแพทย์และมีความพิการ
- > สำเนาใบขั้วรัฐแคลิฟอร์เนียหรือบัตรประจำตัวรัฐแคลิฟอร์เนียและเอกสารที่แสดงการมีสิทธิใน **ส่วนที่ 3** สำหรับผู้สมัครทุกรายขกเว้นผู้สมัครที่พิการทางการแพทย์

ยื่นใบสมัครที่กรอกสมบูรณ์ด้วยตัวเองที่ศูนย์ลูกค้า Metro ที่มีรายชื่อด้านล่างหรือส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานทางไปรษณีย์ไปที่:

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

บัตร TAP สำหรับคนพิการ LACTOA จะถูกส่งให้ผู้สมัครที่มีความพิการภายใน 20 วันทำการหลังการตรวจสอบ หน่วยงาน LACTOA สงวนสิทธิ์ตัดสินใจท้ายสุดเกี่ยวกับการมีสิทธิรับบัตร TAP สำหรับผู้พิการ ใบสมัครมีไว้สำหรับการใช้ภายในและจะไม่ถูกเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ บัตรนี้โอนไม่ได้

ที่าแห่งที่ตั้งศูนย์ลูกค้า METRO (ที่รับใบสมัครรับบัตรประจำตัว TAP ผู้พิการ LACTOA)

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

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม

เข้าชม taptogo.net
866.827.8646

โปรแกรมบัตร TAP สำหรับคนพิการ LACTOA ทำให้ผู้โดยสารที่พิการสามารถทำคุณสมบัตินี้เพื่อจ่ายค่าโดยสารแบบลดราคากับผู้ดำเนินการขนส่งทั้งหมดใน Los Angeles ได้ง่ายขึ้น (ยกเว้นบริการ Dial-a-Ride) โทร 866.827.8646 สำหรับข้อกำหนดในการมีสิทธิรับบัตรนี้หรือหากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

ข้อแนะนำในการสมัคร

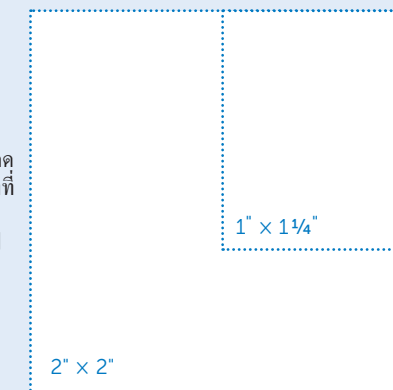
- > ผู้สมัครทุกคนจำเป็นต้องกรอก **ส่วนที่ 1, 2 และ 3** และให้บัตรประจำตัวที่ถูกต้องและมีรูปถ่าย
- > หากผู้สมัครมีความพิการทางการแพทย์ที่มีความพิการ (ดู **ส่วนที่ 3**) ผู้สมัครจะต้องกรอก **ส่วนที่ 4** ด้วยและต้องขอใบรับรองแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญอื่นที่ได้รับการรับรองเพื่อกรอกและลงนามใน **ส่วนที่ 5** ให้สมบูรณ์
- > ค่าสมัครแบบคืนไม่ได้ 2 ดอลลาร์ ถ้าสมัครทางไปรษณีย์ โปรดส่งเช็คหรือธนาคัติที่ส่งจ่ายถึง Metro
- > สำเนาใบขั้วรัฐแคลิฟอร์เนียและเอกสารที่แสดงการมีสิทธิใน **ส่วนที่ 3** สำหรับผู้สมัครทุกรายขกเว้นผู้สมัครที่พิการทางการแพทย์
- > ยื่นใบสมัครด้วยตัวเองหรือทางไปรษณีย์ (ดูหน้าสุดท้าย)

ส่วนที่ 1 – รายละเอียดรูปถ่าย

- > ใบสมัครทั้งหมดที่มีรูปถ่ายที่ไม่เป็นไปตามแนวทางที่ระบุด้านล่างจะไม่ผ่านการพิจารณา

แปะรูปถ่ายในช่องว่าง

- > รูปหน้าเต็มเท่านั้น
- > ขนาดรูปถ่าย 2" x 2" หรือ 1" x 1¼"
- > ไม่สวมหมวกหรือแว่นกันแดด
- > ขนาดรูปต้องพอดีกับช่องว่างที่จัดให้ (ตัดให้พอดี)
- > รูปต้องใช้กระดาษสำหรับรูปถ่ายโดยเฉพาะและห้ามถ่ายเอกสาร



ส่วนที่ 2 – ข้อมูลผู้สมัคร (ที่ผู้สมัครต้องกรอกเอง)

นามสกุล	ชื่อ	ชื่อกลาง/คำนำหน้า
ที่อยู่ ถนน	อพาร์ทเมนต์/เลขที่	เมือง รัฐ รหัส
อีเมล	วันเกิด	หมายเลขโทรศัพท์
ข้าพเจ้ารับรองภายใต้บทลงโทษการให้การเท็จแห่งรัฐแคลิฟอร์เนียว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้นั้นถูกต้อง ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าอาจสูญเสียสิทธิการใช้บัตรโดยสาร TAP แบบลดราคาถ้าข้าพเจ้าใช้บัตรในทางผิดหรือถ้าข้าพเจ้าทำเครื่องหมาย ดัดแปลงหรือทำให้ทรัพย์สินหน่วยงานขนส่งเสียหาย		
ลายเซ็นผู้สมัคร	วันที่	

ส่วนที่ 3 – เกณฑ์การมีสิทธิและการเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์

ผู้สมัครมีสิทธิรับบัตร TAP สำหรับคนพิการ LACTOA ถ้าหนึ่งในเกณฑ์ต่อไปนี้ตรงกับผู้สมัคร

หมายเหตุ: ผู้สมัครที่มีความพิการเข้าเกณฑ์หนึ่งในหมวดหมู่ต่อไปนี้ต้องยื่นสำเนาเอกสารเพื่อแสดงสิทธิและใบขั้วรัฐแคลิฟอร์เนียที่เป็นปัจจุบันหรือบัตรประจำตัวรัฐแคลิฟอร์เนีย

- _____ ข้าพเจ้ามีบัตรประจำตัว Medicare (บัตร Medi-Cal ใช้ไม่ได้)
- _____ ข้าพเจ้ามีใบเสร็จจ่ายทะเบียน DMV แห่งรัฐแคลิฟอร์เนียที่สมบูรณ์ (ต้องมีวันที่ "มีผลถึง" ถึงจะใช้ได้) หรือบัตรประจำตัวทหารผ่านศึกที่พิการ (หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)
- _____ ข้าพเจ้าได้รับรายได้เสริมประกันสังคม [SSI] หรือสวัสดิการประกันสังคมสำหรับผู้พิการ [SSDI] (สำเนาจดหมายการรับสวัสดิการ จดหมายการปรับเปลี่ยนสวัสดิการ เช็คสวัสดิการ)
- _____ ข้าพเจ้าเป็นนักศึกษาที่รับการศึกษาพิเศษในโปรแกรมเคาน์ตี Los Angeles (จดหมายรับรองบนหัวกระดาษที่ครู โปรแกรมการศึกษาพิเศษเซ็นกำกับ)

----- หากคุณมีความพิการตรงตามข้อกำหนดที่ระบุด้านบน คุณสามารถหยุดที่นี่

_____ ฉันมีความพิการทางการแพทย์ที่มีความพิการตามการพิจารณาประกันสังคม (ต้องกรอกส่วนที่ 4 และ 5 ให้สมบูรณ์)

----- ไปส่วนที่ 4 และ 5

ดูด้านล่างเพื่อกรอกใบสมัครให้สมบูรณ์ →

กรอกคำฉันท์ สำหรับเกณฑ์การพิจารณาการแพทย์ที่มีคุณสมบัติเท่านั้น

ส่วนที่ 4 – การยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ (จำเป็นต้องมีสำหรับเกณฑ์การพิจารณาการแพทย์เท่านั้น)

ตามที่ข้าพเจ้าสมัครรับบัตร TAP สำหรับคนพิการ LACTOA ข้าพเจ้าอนุญาตให้แพทย์ _____ เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เกี่ยวกับอาการของข้าพเจ้าให้หน่วยงานที่เหมาะสมทราบ ข้อมูลที่เปิดเผยจะใช้เพื่อขึ้นชั้นสถานะการเป็นผู้ป่วยของข้าพเจ้าและกำหนดประเภทการพิจารณาของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าตระหนักว่าข้าพเจ้ามีสิทธิรับสำเนาสิทธินี้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าอาจเพิกถอนสิทธินี้ได้ตลอดเวลา หากข้าพเจ้าไม่ได้ทำการเพิกถอนแบบฟอร์มนี้จะอนุญาตให้บุคลากรด้านการดูแลสุขภาพที่รับรองอาการพิการของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องเป็นเวลา 60 วันหลังจากวันที่ปรากฏด้านล่าง

ชื่อผู้สมัคร (ตัวพิมพ์)

ลายเซ็นผู้สมัคร

วันที่

SECTION 5 – MEDICAL PROFESSIONAL CERTIFICATION (สำหรับให้แพทย์กรอกเท่านั้น)

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 ONLY

AUDIOLOGIST – HEARING IMPAIRMENTS O, P ONLY

PODIATRIST – MOBILITY IMPAIRMENTS A, B, C, D ONLY

CLINICAL PSYCHOLOGISTS – MENTAL IMPAIRMENTS M, N

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 6 – 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. →](#)