



Ghi Danh Thẻ TAP Cho Người Khuyết Tật

NỘP ĐƠN GHI DANH CỦA QUÝ VỊ

Một hồ sơ ghi danh đã điền hoàn thiện và sẵn sàng để nộp phải chứa những mục sau:

- > Một khoản lệ phí không hoàn lại là \$2. Nếu gửi hồ sơ ghi danh qua bưu điện, vui lòng gửi kèm chi phiếu hoặc phiếu chuyển tiền (money order) với người thụ hưởng là Metro.
- > Một hình thẻ mới nhất chụp rõ khuôn mặt cỡ 2" x 2" hoặc 1" x 1¼" (khi chụp không đội mũ hoặc đeo kính mát) in trên giấy in ảnh được dán vào ô dán hình ở phần i.
- > Một mẫu đơn ghi danh đã điền hoàn thiện: các **phần I, II, III** dành cho tất cả đương đơn và **phần IV** và **V** dành cho đương đơn bị khuyết tật y tế hội đủ điều kiện.
- > Bản sao bằng lái xe California hoặc thẻ căn cước California và giấy tờ chứng minh tình trạng hội đủ điều kiện trong **phần III** đối với tất cả đương đơn ngoại trừ các đương đơn hội đủ điều kiện bị khuyết tật y tế.

Quý vị vui lòng đích thân đến nộp bộ hồ sơ đầy đủ của quý vị cho một trong các Trung Tâm Chăm Sóc Khách Hàng Metro được liệt kê dưới đây hoặc gửi hồ sơ qua đường bưu điện đến:

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

Các thẻ TAP cho Người Khuyết Tật theo LACTOA sẽ được gửi qua đường bưu điện đến cho những đương đơn hội đủ điều kiện sau khi thủ tục xác nhận đã được hoàn tất. Các cơ quan thuộc LACTOA bảo lưu quyền đưa ra quyết định cuối cùng về tình trạng hội đủ điều kiện nhận thẻ TAP cho Người Khuyết Tật. Đơn ghi danh chỉ dành để giải quyết các thủ tục nội bộ và sẽ không bị công khai. Thẻ không có giá trị chuyển nhượng quyền sử dụng.

CÁC TRUNG TÂM CHĂM SÓC KHÁCH HÀNG METRO (NHẬN ĐƠN GHI DANH THẺ TAP CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT THEO LACTOA)

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

ĐỂ BIẾT THÊM CHI TIẾT

Hãy vào trang taptogo.net
866.827.8646

Chương trình Thẻ TAP Cho Người Khuyết Tật theo LACTOA tạo điều kiện thuận lợi cho hành khách bị khuyết tật được giảm giá vé trên tất cả các chuyến xe của các nhà điều hành vận chuyển ở Quận Los Angeles (ngoại trừ các dịch vụ Dial-a-Ride). Hãy gọi số 866.827.8646 để biết thêm về các yêu cầu để hội đủ điều kiện hoặc để biết thêm chi tiết.

HƯỚNG DẪN GHI DANH

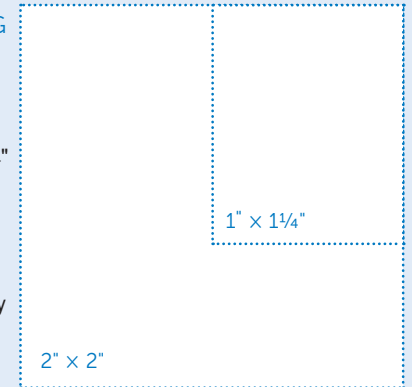
- > Tất cả đương đơn phải điền hoàn thiện **phần I, II** và **III** trong đơn ghi danh này và cung cấp một bản sao của Giấy Chứng Minh Nhận Dạng có ảnh hợp lệ.
- > Nếu đương đơn có một khuyết tật y tế hợp lệ (xem thêm **phần III**), thì họ phải điền hoàn thiện **phần IV** và họ phải yêu cầu một vị bác sĩ hoặc chuyên gia thăm định khác điền hoàn thiện và ký tên vào **phần V**.
- > Đóng một khoản lệ phí không hoàn lại là \$2. Nếu gửi hồ sơ ghi danh qua bưu điện, vui lòng gửi kèm chi phiếu hoặc money order tới người nhận là Metro.
- > Bản sao bằng lái xe California hoặc thẻ căn cước California và giấy tờ chứng minh tình trạng hội đủ điều kiện trong **phần III** đối với tất cả đương đơn ngoại trừ các đương đơn hội đủ điều kiện bị khuyết tật y tế.
- > Nộp trực tiếp hoặc gửi qua đường bưu điện hồ sơ ghi danh hoàn thiện (xem trang cuối).

PHẦN I – CÁC QUY ĐỊNH VỀ HÌNH CHỤP

- > Tất cả đơn ghi danh có hình chụp mà không tuân theo các hướng dẫn được liệt kê dưới đây sẽ không được giải quyết.

DÁN HÌNH VÀO TRONG Ô DÁN HÌNH

- > Chỉ dùng hình thẻ chụp rõ khuôn mặt
- > Cỡ hình 2"x2" hoặc 1"x1¼"
- > Không đội mũ hoặc đeo kính mát
- > Hình phải vừa với ô dán hình (cắt theo kích cỡ)
- > Hình phải được in trên giấy in ảnh, không phải hình in trên giấy photocopy



PHẦN II – TÀI LIỆU CỦA ĐƯƠNG ĐƠN (ĐƯƠNG ĐƠN TỰ ĐIỀN VÀO PHẦN NÀY)

Họ	Tên	Tên Dệm/Viết Tắt
Địa Chỉ Đường	Căn hộ #	Thành phố Tiểu Bang Mã Zip
Email	Ngày Sinh	Số Điện Thoại
Tôi tuyên bố và sẵn sàng chịu phạt theo luật khai man của Tiểu Bang California là các chi tiết tôi cung cấp là thật. Tôi hiểu rằng tôi có thể mất quyền sử dụng thẻ TAP Giảm Giá Vé nếu tôi sử dụng thẻ sai mục đích, hoặc nếu tôi đánh dấu, dán nhãn tên hoặc làm hư hại tài sản của cơ quan vận chuyển khách hàng.		
Chữ Ký Đương Đơn	Ngày	

PHẦN III – TIÊU CHUẨN HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ

Đương đơn hội đủ điều kiện nhận thẻ TAP cho Người Khuyết Tật theo LACTOA nếu một trong các tiêu chuẩn sau đây áp dụng cho đương đơn.
Lưu ý: Đương đơn hội đủ điều kiện theo một trong bốn nhóm phân loại đầu tiên phải cung cấp một bản sao giấy tờ chứng minh tình trạng hội đủ điều kiện và một bằng lái xe hiện thời của California hoặc thẻ căn cước California.

- _____ Tôi có một Thẻ Bảo Hiểm Medicare (thẻ Medi-Cal không được chấp nhận)
- _____ Tôi có một giấy cấp thẻ DMV California hợp lệ (phải có một "thời hạn áp dụng" hiện tại để được nhận) hoặc Thẻ Thương Binh (bị thương khi làm nhiệm vụ)
- _____ Tôi nhận Tiền Trợ Cấp An Sinh [SSI] hoặc Bảo Hiểm Người Khuyết Tật của Sở An Sinh Xã Hội [SSDI] (bản sao thư quyết định trao trợ cấp, thư điều chỉnh trợ cấp, chi phiếu trợ cấp)
- _____ Tôi là một Học Sinh thuộc diện Giáo Dục Đặc Biệt theo chương trình của Quận Los Angeles (thư xác nhận in trên giấy có letterhead của trường và có chữ ký của giáo viên Giáo Dục Đặc Biệt)

----- NẾU QUÝ VỊ ĐÁP ỨNG NHỮNG QUY ĐỊNH TRÊN, QUÝ VỊ CÓ THỂ DỪNG Ở ĐÂY

- _____ Tôi có một khuyết tật y tế hợp lệ theo quy định Khuyết Tật của Sở An Sinh Xã Hội (**Phải điền vào phần iv và v**)

----- TIẾP TỤC SANG PHẦN IV VÀ V

[Xem mặt trong để điền tiếp đơn ghi danh. →](#)

MẶT NÀY ĐƯỢC ĐIỀN CHỈ ĐỂ THẨM ĐỊNH TÌNH TRẠNG ĐỦ TIÊU CHUẨN KHUYẾT TẬT Y TẾ

PHẦN IV – CHẤP THUẬN TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ (CHỈ CẦN CHO CÁC TIÊU CHUẨN KHUYẾT TẬT Y TẾ)

Cùng với đơn ghi danh thẻ TAP cho người khuyết tật theo LACTOA, tôi ủy quyền cho Bác sĩ _____ tiết lộ cho cơ quan phù hợp về các chi tiết y tế hoặc chi tiết thích hợp khác liên quan đến tình trạng khuyết tật của tôi. Thông tin được tiết lộ chỉ được dùng để xác định tình trạng bệnh của tôi và việc phân nhóm khuyết tật của tôi.

Tôi nhận thức rằng tôi có quyền nhận một bản sao của giấy ủy quyền này. Tôi hiểu rằng tôi có thể rút lại sự ủy quyền này bất cứ lúc nào. Trừ khi bị rút lại, mẫu đơn này sẽ cho phép chuyên gia chăm sóc y tế đảm nhiệm việc chứng nhận tình trạng khuyết tật của tôi có thể tiết lộ các chi tiết thích hợp trong thời hạn lên tới 60 ngày sau ngày được ghi dưới đây.

Tên Đơn (Viết rõ)

Chữ Ký Đơn

Ngày

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

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

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. →](#)