



Հաշմանդամություն ունեցող անձանց TAP քարտի դիմում

Լրացրե՛ք այս դիմումը՝ ձեր նվազեցված ուղեվարձի TAP քարտը ստանալու կամ թարմացնելու համար:



23-2562PS ©2023 LACMTA

Ձեր դիմումը ներկայացնելը

Ներկայացման համար պատրաստ լրացված հայտը պարունակում է հետևյալը.

- Ընթացիկ 2" × 2" կամ 1" × 1¼" չափերի ամբողջ դեմքի լուսանկար (առանց գլխարկների կամ արևային ակնոցների) լուսանկարչական թղթի վրա, որը կցված է ԲԱԺԻՆ 1-ի վանդակում:
- Լրացված դիմումի ձև. ԲԱԺԻՆ 1, 2, 3 բոլոր դիմողների համար և ԲԱԺԻՆ 5 և 6՝ բժշկական հաշմանդամություն ունեցող դիմորդների համար:
- Պաշտոնական անձը հաստատող փաստաթղթի և 3-րդ ԲԱԺԻՆ իրավասությունը հաստատող փաստաթղթերի պատճենը:

Դուք կարող եք ներկայացնել ձեր լրացված հայտի փաթեթը երկու եղանակներից մեկով:

1. Անձամբ ստորև թվարկված Metro-ի հաճախորդների կենտրոններից որևէ մեկում՝

Baldwin Hills/Crenshaw 3650 W Martin Luther King Bl Ste 189 Los Angeles, CA Երեքշաբթի-շաբաթ, 10:00-18:00	Union Station East One Gateway Plaza Los Angeles, CA Երկուշաբթի-ուրբաթ, 6:00-18:30
Wilshire/Vermont 3183 Wilshire Bl Ste 174 Los Angeles, CA Երկուշաբթի-ուրբաթ, 10:00-18:00	East Los Angeles 4501 B Whittier Bl Los Angeles, CA Երեքշաբթի-շաբաթ, 10:00-18:00

2. Փոստով ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝

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

Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված TAP քարտերը փոստով կուղարկվեն համապատասխան դիմորդներին ստուգման ավարտից հետո 20 աշխատանքային օրվա ընթացքում: Խնդրում ենք լրացուցիչ ժամանակ նախատեսել փոստով ուղարկված դիմումների համար: Դիմումները միայն ներքին օգտագործման համար են և ենթակա չեն հանրային վերանայման: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց TAP քարտը փոխանցելի չէ:

TAP-ին մասնակցող տրանզիտային համակարգեր

- Ջանգահարեք TAP՝ 866.827.8646 հեռախոսահամարով
- Այցելեք taptogo.net/TAPagencies

TAP հաճախորդների սպասարկում

- Ջանգահարեք TAP՝ 866.827.8646 հեռախոսահամարով
- Metro-ի հաճախորդների սպասարկման կենտրոններ

Մուտքի ծառայությունների տեղեկատվության համար

- Այցելեք accessla.org կամ զանգահարեք 800.827.0829 (800.827.1359, TDD):
- Այցելեք Սոցիալական ապահովության վարչության կայքը ssa.gov հասցեով:

Ձեր տեղական Ջանգ ուղևորության համար (Dial-A-Ride) համար

- Այցելեք <https://dpw.lacounty.gov/transit/DAR.aspx>

Լրացուցիչ նվազեցված ուղեվարձի մասին տեղեկատվություն

- Metro-ի համար էլ. նամակ ուղարկեք՝ reducedfare@metro.net
- Ձեր տեղական տրանզիտային համակարգի համար ուղղակիորեն կապվեք դրա իջեցված ուղեվարձի ծրագրի մասին տեղեկությունների համար:
- Իրավասու ցածր եկամուտ ունեցող ուղևորներ իմացեք «Ցածր եկամուտով ուղեվարձը հեշտ է» (Low-Income Fare is Easy, LIFE) ծրագրի ճանապարհորդական սուբսիդիաների մասին TAP-ում: Այցելեք metro.net/life:
- TAP հավելվածի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք taptogo.net.

Կորցրած, գողացված կամ ոչնչացված TAP քարտեր

- Ջանգահարեք TAP՝ 866.827.8646 հեռախոսահամարով
 - Կիրառվում է չվերադարձվող՝ \$5 փոխարինման վճար:

Հաշմանդամություն ունեցող անձանց TAP քարտի դիմում (ընտրեք մեկ տարբերակ)

● **Նոր**

● **Նորացում**



Եթե առկա է, մուտքագրեք ձեր առկա քարտի վերջին ութ թվերը



Լրացրեք՝ նորացնելու կամ դիմելու հաշմանդամություն ունեցող անձանց TAP քարտի համար:

Դիմումի հրահանգներ

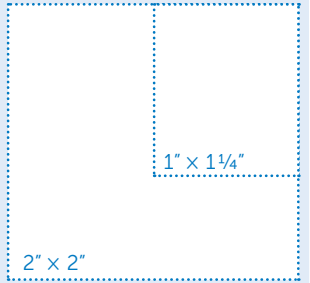
- Բոլոր դիմորդներից պահանջվում է լրացնել ԲԱԺԻՆ 1, 2 և 3:
- Եթե դիմորդն ունի համապատասխան բժշկական հաշմանդամություն (տես ԲԱԺԻՆ 4), ապա նա նույնպես պարտավոր է լրացնել ԲԱԺԻՆ 5-ը և պետք է բժշկից կամ հավաստագրող այլ մասնագետից պահանջի լրացնել և ստորագրել ԲԱԺԻՆ 6-ի պահանջվող դաշտերը:
- Ներառեք պաշտոնական անձը հաստատող փաստաթուղթ լուսանկարով:
- Ներառեք իրավասությունը հաստատող փաստաթղթեր ԲԱԺԻՆ 3-ից:
- Ներառեք լրացված բժշկական հավաստագիրը ԲԱԺԻՆ 6-ում:
- Լրացված հայտը ներկայացրեք անձամբ կամ փոստով (տես վերջին էջը):

ԲԱԺԻՆ 1 – ԼՈՒՍԱՆՎԱՐՆԵՐԻ ԲՆՈՒԹԱԳՐԵՐ

- Ստորև թվարկված ուղեցույցներին չհամապատասխանող լուսանկարներով բոլոր դիմումները չեն մշակվի:

ՓԱԿՑՐԵՔ ՆՎԱՐԸ ՎԱՆԴԱԿԻ ՆԵՐՍՈՒՄ

- Ընթացիկ, միայն ամբողջական դեմքով լուսանկար
- Առանց գլխարկների կամ արևային ակնոցների
- Լուսանկարի չափը 2 "× 2" կամ 1" × 1¼"
- Լուսանկարը պետք է կտրված լինի ըստ չափի և տեղավորվի աջ կողմում նախատեսված տարածքի մեջ
- Լուսանկարը պետք է լինի ֆոկուսում և գունավոր



ԱԺԻՆ 2 – ԴԻՄՈՐԴԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

Ազգանունը	Անունը	Միջին անունը կամ սգբնատառը
Փողոցի հասցեն	Բնակարան (եթե կիրառելի է)	Քաղաք, նահանգ, փոստային դասիչ
Էլփոստ (եթե կիրառելի է)	Ծննդյան ամսաթիվ	Հեռախոսահամար
<p>Ես հայտարարում եմ Կալիֆորնիայի նահանգի համաձայն սուտ մատնության պատժի գիտակցությամբ, որ իմ տված տեղեկատվությունը ճշմարիտ է և ճիշտ:</p> <p>Ես հասկանում եմ, որ կարող եմ կորցնել իմ նվազեցված ուղեվարձի TAP քարտի օգտագործման իրավունքը, եթե չարաշահեմ քարտը, կամ եթե նշեմ, նշումներ կատարեմ կամ վնասեմ տրանզիտային գործակալության գույքը: Ես հասկանում եմ, որ իմ TAP քարտը փոխանցելի չէ:</p>		
Դիմողի ստորագրությունը	Ամսաթիվը	

ԲԱԺԻՆ 3 – ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆՈՒԹՅԱՆ ՉՓԱՆԻՇԵՐ և ԲԺՇՎԱԿԱՆ ՏԵՐԿԱՆՔ

Դիմորդները իրավասու են ստանալ Հաշմանդամություն ունեցող անձանց TAP քարտը, եթե ստորև թվարկված չափանիշներից մեկը կիրառելի է դիմողի նկատմամբ: Նշում. Առաջին հինգ կատեգորիաներից մեկին համապատասխանող դիմորդները պետք է տրամադրեն իրավասությունը հաստատող փաստաթղթի լուսապատճենները և պաշտոնական անձը հաստատող փաստաթուղթ լուսանկարով:

_____ Ես ունեմ Medicare նույնականացման քարտ (Medi-Cal քարտն անընդունելի է):	_____ Ես ստանում եմ լրացուցիչ ապահովության եկամուտ (Supplemental Security Income, SSI) կամ սոցիալական ապահովության հաշմանդամության ապահովագրության (Social Security Disability Insurance, SSDI) նպաստներ (ընթացիկ նպաստի հաստատման նամակի կամ նպաստի շնորհման նամակի կամ նպաստի չեկի պատճենը):
_____ Ես վավերական Կալիֆորնիայի DMV Placard-ի անդորրագիր ունեմ (ընդունվելու համար պետք է ունենա ընթացիկ «վավերական» ամսաթիվ):	_____ Ես հատուկ կրթության ուսանող եմ Լոս Անջելեսի շրջանի ծրագրում (վկայագիրը պետք է լինի ընթացիկ, դպրոցի բլանկի վրա, ստորագրված Հատուկ կրթության ուսուցչի կողմից):
_____ Ես ունեմ հաշմանդամ վետերանների նույնականացման/վետերանների գործերի (Identification/Veteran Affairs, ID/VA) նպաստի ամփոփ նամակ (ծառայության հետ կապված):	

----- ԵԹԵ ԴՈՒՔ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆՈՒՄ ԵՔ ՎԵՐԸ ՆՇՎԱԾ ՊԱՀԱՆՋՆԵՐԻՆ, ԿԱՐՈՂ ԵՔ ԿԱՆԳ ԱՌՆԵԼ ԱՅՍԵՂ -----

_____ Ես ունեմ համապատասխան բժշկական հաշմանդամություն՝ համաձայն Սոցիալական ապահովության հաշմանդամության (Պահանջում է լրացնել ԲԱԺԻՆ 5-ը և 6-ը)

----- ՇԱՐՈՒՆԱԿԵՔ 5-ՐԴ ԵՎ 6-ՐԴ ԲԱԺԻՆՆԵՐԸ: -----

Իրավասու առողջապահական մասնագետներ, ովքեր կարող են հավաստել ԲԱԺԻՆ 4-ում թվարկված հաշմանդամությունը.

<p>ԲԺԻՇԿ (MEDICAL DOCTOR, M.D.) և ՕՍՏԵՈՊԱԹ (DOCTOR OF OSTEOPATHIC MEDICINE, D.O.)/ՊՐԱԿՏԻԿԱՆՏ – ԲՈԼՈՐ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԸ, ԲՈԼՈՐ ԿԱՏԵԳՈՐԻԱՆԵՐԸ</p> <p>ԽԻՐՈՊՐԱԿՏԻԿ ԲԺԻՇԿ - ՇԱՐԺՈՒՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ ՄԻԱՅՆ A, B, D</p>	<p>ԱՌԴԻՈԼՈԳ - ԱՌՂՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ ՄԻԱՅՆ O, P</p> <p>ՈՏՆԱԲՈՒՅԺ - ՇԱՐԺՈՒՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ ՄԻԱՅՆ A, B, C, D</p> <p>ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՀՈԳԵԲԱՆՆԵՐ - ՄՏԱՎՈՐ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ ՄԻԱՅՆ M, N</p>
--	---

ԱԿՆԱԲՈՒՅԺ - ՏԵՍՈՂՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ ՄԻԱՅՆ **K, L**

Հաշմանդամություն ունեցող անձանց TAP քարտի համար ֆիզիկական անձին հավաստագրելու համար դուք պետք է.

- Համաձայնեք վավերացնել միայն այն անձանց, ովքեր համապատասխանում են ԲԱԺԻՆ 4-ի չափանիշներին:
- Հարցման դեպքում տրամադրեք այս հայտում պարունակվող տեղեկատվության ստուգումը իրավասու գործակալությանը:
- Ունեցեք համապատասխան մասնագիտական աստիճան և արտոնագրվեք Կալիֆորնիայում:

ԲԱԺԻՆ 4 – ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅԱՆ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐ

ՇԱՐԺՈՒՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> A Ոչ ամբուլատոր. Պահանջում է անվասայլակի օգտագործում: B Շարժունակության աջակցություն. Շարժունակության համար պահանջվում է կոճ-ուռքի օրթեզներ (Ankle Foot Orthosis, AFO) կամ ավելի մեծ ուռքի ամրակ, քայլակ կամ հենակներ: C Արթրիտ. III թերապևտիկ աստիճանի կամ ավելի վատ, ֆունկցիոնալ աստիճան III կամ ավելի վատ կամ անատոմիական աստիճան III կամ ավելի վատ: | <ul style="list-style-type: none"> D Ամպուտացիա/դեֆորմացիա. մկանային զանգվածի կամ ջլերի տրավմատիկ կորուստ, ոսկրային կամ մանրաթելային անկիլոզի ռենտգեն ապացույց, երկու ձեռքերի կամ մեկ ձեռքի և մեկ ուռքի հողերի ենթահոդախախտում կամ անկայունություն կամ անդամահատում նախաթաթի շրջանում կամ վերևում: E Կաթված. առաջացնելով պսևդոբլբարային կաթված, կոպիտ/ճարտար շարժման կամ քայլվածքի կայուն ֆունկցիոնալ շարժիչի դեֆիցիտ, կամ երկու կամ ավելի վերջույթների վրա ազդող ատաքսիա: |
|--|--|

ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> F Շնչառական. III աստիճան կամ ավելի բարձր: G Սրտաանոթային. III կամ IV աստիճանի ֆունկցիոնալ անոթային խանգարումներ և C, D կամ E աստիճանի թերապևտիկ խանգարումներ: H Դիալիզ. Անհատներ, ովքեր ապրելու համար երիկամի դիալիզ են պահանջում: I Նյարդաբանական խանգարումներ. Ինչպես շարադրված է Հաշմանդամության գնահատման ներքո սոցիալական ապահովության հրապարակման մեջ: J Քրոնիկ պրոգրեսիվ թուլացնող խանգարումներ. Հիվանդություններ, որոնք բնութագրվում են քրոնիկ ախտանիշներով, ինչպիսիք են հոգնածությունը, թուլությունը, քաշի կորուստը, ցավը և մտավոր վիճակի | <p>փոփոխությունները, որոնք խանգարում են առօրյա կյանքին և զգալիորեն խաթարում շարժունակությունը:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Պրոգրեսիվ և անկառավարելի շարորակ նորագոյացություններ ▪ Շարակցական հյուսվածքի պրոգրեսիվ հիվանդություն, ինչպիսիք են գայլախտը, սկլերոդեման կամ նոդոզա պոլիարտերիտը ▪ Միմպտոմատիկ ՄԻԱՎ (human immunodeficiency viruses, HIV). (ԶԻԱՀ [Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS] կամ ԶԻԱՀ-ի հետ կապված համալիր [AIDS-related complex, ARC]) Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոններում (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) սահմանված կլինիկական IV խմբի, Ա ենթախմբերում |
|---|--|

ՏԵՍՈՂՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> K Պաշտոնական կույր ճանաչված: | <ul style="list-style-type: none"> L Տեսողական սրություն. Ավելի լավ տեսողությամբ աչքի շտկումից հետո ոչ ավելի, քան 20/200, կամ տեսողական դաշտը կծկվում է 10 աստիճանով կամ պակաս ֆիքսման կետից կամ ենթարկվում է 20 աստիճանից ոչ ավելի անկյան: |
|---|---|

ՄՏԱՎՈՐ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> M Հոգեկան/հուզական. մտավոր կամ հուզական խանգարում ունեցող անձ, որը նշված է Ամերիկյան հոգեբուժական ասոցիացիայի ախտորոշիչ և վիճակագրական ձեռնարկ V-ում, որի լրջությունը համապատասխանում կամ գերազանցում է Հաշմանդամության գնահատումը սոցիալական ապահովության հրապարակման մեջ նշված | <p>չափանիշներին: Հաշմանդամությունը պետք է լինի առնվազն երեք ամիս և ակնկալվում է, որ այն կշարունակվի դիմումի օրվանից առնվազն երեք ամիս:</p> <ul style="list-style-type: none"> N Աուտիզմ. համախտանիշ, որը բաղկացած է հեռացումից, ոչ աղեկվատ սոցիալական հարաբերություններից, լեզվական խանգարումներից և միապաղաղ կրկնվող շարժիչ վարքագծից: |
|---|---|

ԱՌՂՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> O Ընդհանուր խուլություն. | <ul style="list-style-type: none"> P Անձինք, որոնց լսողության կորուստը 70 դբա կամ ավելի է 1000 և 2000 Հց միջակայքում: |
|---|---|

ԲԱԺԻՆ 5 – ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ԱԶԱՏՄԱՆ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ (ՊԱՀԱՆՋՎՈՒՄ Է ՄԻԱՅՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅԱՆ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ)		
<p>Հաշմանդամություն ունեցող անձանց TAP քարտի համար իմ դիմումի հետ կապված՝ ես սույնով լիազորում եմ բժիշկ/պրակտիկանտ _____-ին տրամադրել համապատասխան գործակալությանը իմ հաշմանդամության վերաբերյալ բժշկական կամ այլ համապատասխան տեղեկություններ: Հրապարակված տեղեկատվությունը կօգտագործվի միայն իմ հիվանդի կարգավիճակը և իմ հաշմանդամության դասակարգումը ստուգելու համար:</p>		
<p>Ես գիտակցում եմ, որ իրավունք ունեմ ստանալու այս թույլտվության պատճենը: Ես հասկանում եմ, որ ցանկացած պահի կարող եմ չեղարկել այս թույլտվությունը: Եթե այս ձևը չչեղարկվի, այն թույլ կտա իմ հաշմանդամությունը հավաստող առողջապահական մասնագետին հրապարակել համապատասխան տեղեկատվություն ստորև նշված ամսաթվից հետո մինչև 60 օրվա ընթացքում:</p>		
Իմողի անունը (Տպագիր տառերով)	Դիմողի ստորագրությունը	Ամսաթիվը

ԲԱԺԻՆ 6 – ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ՎԿԱՅԱԿԱՆ (ՊԱՀԱՆՋՎՈՒՄ Է ՄԻԱՅՆ ԲԺՇԿԻ/ՊՐԱԿՏԻԿԱՆՏԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ)

Բժշկի/պրակտիկանտի լրիվ անվանումը	Կիցենզիայի համար	
Հասցե	Բնակարան	
Քաղաք, նահանգ, փոստային դասիչ	Հեռախոսահամար	Ֆաքսի համար
Ստորագրությունը	Հետազոտության ամսաթիվը (վերջին տարվա ընթացքում)	

Սույնով հաստատում եմ, որ ԲԱԺԻՆ 4-ում սահմանված դիմորդի բժշկական հաշմանդամության չափանիշներն են՝ (Շրջանագծի մեջ վերցրեք բոլոր կիռարելի տարբերակները):

A B C D E F G H I J K L M N O P

Ստորև նշված տարածքում բժիշկը պետք է մանրամասն նշի դիմողի հաշմանդամությունը: (Պարտադիր է:)

Իմ մասնագիտական գնահատմամբ՝ ակնկալվում է, որ դիմողի հաշմանդամությունը կշարունակվի՝ (Նշեք միայն մեկը):

- 3 ամիս 6 ամիս 9 ամիս
 1 տարի 2 տարի 3 տարի 4 տարի Մշտապես հաշմանդամ

(Ծանոթություն. TAP քարտերը չեն թողարկվի երեք ամսից պակաս կամ 10 տարուց ավելի ժամկետով):

ԵՍ ՀԱՍԿԱՆՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ԴԻՄՈՂԻ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԵՐԸ ՆՇՎԱԾ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑՆԵՐԻ ՀԱՄԱՁԱՅՆ ՉՀԱՍՏԱՏԵԸ ԿՀԱՆԳԵՑՆԻ ԻՄ ՀԱՎԱՍՏԱԳՐՄԱՆ ԱՐՏՈՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՉԵՂԱՐԿՄԱՆԸ: ԵՍ ՕՐԻՆԱԿԱՆՈՐԵՆ ԼԻՑԵՆԶԱՎՈՐՎԱԾ ԵՄ ՈՐՊԵՍ ԿԱԼԻՖՈՐՆԻԱ ՆԱՀԱՆԳՈՒՄ և ՍՈՒՏ ՄԱՏՆՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏԺ ՏԱԿ, ՍՈՒՅՆՈՎ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՎԱԾ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ ՃՇՄԱՐԻՏ Է և ՃԻՇՏ:

[մուտքագրեք իրավասու անձի պաշտոնը](#)

