

殘障人士專用TAP卡申辦 (新申辦及續約)



殘障人士專用TAP卡申辦

填寫本申請表，領取或續辦您的優惠TAP卡。

提交申請

填妥可供提交的申請表包含下列內容：

- 將以相片紙沖印的最近2" x 2"或1" x 1¼"全臉正面相片 (未戴帽或墨鏡) 貼在第1部分的方框內。
- 填妥的申請書：所有申請人填寫第1、2、3部分，符合醫學上失能條件的申請人填寫第5和第6部分。
- 在第3部分提供可作為資格佐證的官方相片ID和文件。

您有兩種方式可以提交填妥的申請資料包，任選其中一種方式即可。

1. 親自到下列其中一處Metro客服中心繳交：

Baldwin Hills/Crenshaw
3650 W Martin Luther King Bl
Ste 189 Los Angeles, CA
週二至週六，
上午10點至晚上6點

Union Station East
One Gateway Plaza
Los Angeles, CA
週一至週五，
上午6點至晚上6點30分

**Rosa Parks Customer Center
Willowbrook/Rosa Parks Station**
11720 Wilmington Av
Los Angeles, CA
週一至週五，上午6點至下午6點30分

2. 郵寄提交：

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

Wilshire/Vermont
3183 Wilshire Bl Ste 174
Los Angeles, CA
週一至週五，
上午10點至晚上6點

East Los Angeles
4501 B Whittier Bl
Los Angeles, CA
週二至週六，
上午10點至晚上6點

殘障人士專用TAP卡將在資格驗證完成後的20個工作天內，郵寄給符合資格的申請人。郵寄申請表需要較長時間，請耐心等待。申請表僅供內部使用，不供大眾檢閱。殘障人士專用TAP卡不得轉讓。

參與TAP的交通運輸系統

- 請致電866.827.8646與TAP聯絡
- 瀏覽 taptogo.net/TAPagencies

TAP客服中心

- 請致電866.827.8646與TAP聯絡
- Metro客服中心

無障礙服務資訊

- 瀏覽 accessla.org 或致電800.827.0829 (800.827.1359, TDD)。
- 瀏覽社會安全署網站，網址是：ssa.gov。

您當地的撥召服務

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

其他優惠票價資訊

- 如需Metro相關資訊，請寄電子郵件至 reducedfare@metro.net。
- 如需您當地的交通運輸系統相關資訊，請直接向其洽詢優惠票價方案資訊。
- 若是符合資格的低收入乘客，請了解TAP的低收入人群票價優惠 (Low-Income Fare is Easy, LIFE) 計劃的票價補貼資訊。瀏覽 metro.net/life。
- 如需瞭解更多TAP申請的相關資訊，請瀏覽 taptogo.net。

遺失、被盜竊或損壞的 TAP 卡

- 致電 866.827.8646 與TAP聯繫
- 需支付 不會退還5 美元的更換費

殘障人士專用TAP卡申辦 (擇一勾選)



- 新申辦
- 續約



如適用，請輸入您現有卡片的末八碼數字

完成後即可續辦或申辦新的殘障人士專用TAP卡。

申請說明

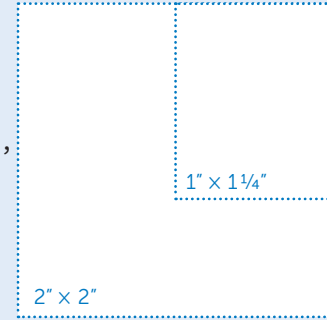
- 所有申請人都需要填寫第1、2、3部分。
- 若申請人符合醫學上失能的條件 (請參閱第4部分)，則申請人也必須填寫第5部分，且必須請醫生或其他專業認證人士填寫第6部分的必填欄位並簽名。
- 請附上官方相片ID影本。
- 請在第3部分附上可證明資格的文件。
- 在第6部分附上填妥的醫療證明。
- 親自或以郵寄方式提交填妥的申請書 (請參閱最末頁)。

第1部分 – 相片規格

- 隨附相片的申請表若不符合下列準則，概不受理。

將相片黏貼在方框內

- 僅接受最新的全臉正面相片
- 不可戴帽或戴墨鏡
- 相片大小為2" x 2"或1" x 1¼"
- 相片必須裁剪至符合規定的大小，且適宜為貼入提供的空間
- 相片必須是對焦清楚的彩色相片



第2部分 – 申請人資訊

姓氏	名字	中間名或首字母
街道地址	申請編號 (若適用)	城市，州，郵遞區號
電子郵件 (若適用)	出生日期	電話號碼
本人聲明，本人所提供之資訊均確實無訛，否則願受加州偽證罪之處罰。		
本人了解，若本人不當使用卡片或在交通運輸機構的財產上做記號、標註或使其毀損，本人可能喪失使用優惠TAP卡的權利。本人了解，本人的TAP卡不得轉讓。		
申請人簽名	日期	

第3部分 – 資格條件和醫療資訊釋出授權書

若申請人適用下列任一條件，即符合申請殘障人士專用TAP卡的資格。注意：符合前五項其中一項條件的申請人必須提供可證明資格的文件及官方相片ID影本。

- 本人持有Medicare會員證 (不接受Medi-Cal證)。
- 本人持有有效的California DMV Placard收據 (只接受加註最新「有效期限」日期的收據)。
- 本人持有Disabled Veterans ID/VA福利摘要函 (服役相關)。
- 本人接受生活保障補助金 [Supplemental Security Income, SSI] 或社會保障殘疾保險 [Social Security Disability Insurance, SSDI] 福利 (最近的福利確認函或發放函或福利支票)。
- 本人是接受LA縣計劃的特殊教育學生 (證明必須是最新的、印有學校信頭並由特殊教育老師簽名)。

----- 若您符合上述要求，填寫到此即可 -----

_____ 依據社會安全殘疾資格規定，本人具有符合資格的醫學失能狀況。(須填妥第5和6部分)

----- 繼續填寫第5和6部分。 -----

本面僅供符合醫療失能條件者填寫

可證明第4部分所列失能狀況的合格醫療護理專業人士：

醫生 (M.D. & D.O.) / 開業醫生 – 所有障礙、所有類別	聽力師 – 聽力障礙 僅 O 、 P
脊骨神經醫師 – 行動障礙 僅 A 、 B 、 D	足科醫生 – 行動障礙 僅 A 、 B 、 C 、 D
驗光師 – 視力障礙 僅 K 、 L	臨床心理師 – 心理障礙 僅 M 、 N

為了證明個人符合殘障人士專用TAP卡申辦資格，您必須：

- 同意只證明符合第4部分所列條件的個人資格相符。
- 可應要求將本申請書所含資訊之證明提供給資格鑑定機構。
- 持有適當的專業學位，且在加州獲發證書。

第4部分 – 醫學失能條件

行動障礙

- A** 不需臥床：需使用輪椅。
- B** 需行動輔助：需使用踝足部支架 (Ankle Foot Orthosis, AFO) 或大型腿部支架、助行器或拐杖才能行動。
- C** 關節炎：治療分級III或更高、功能分級III或更高或解剖分級III或更高。
- D** 截肢/畸形：因創傷喪失肌肉量或肌腱；經X光確認有骨骼性或纖維性關節僵直；雙手或單手及單足關節半脫位或不穩定，或跗骨部位或以上部位截肢。
- E** 中風：造成總體/靈活性活動或步態假性延髓性麻痹、持續性功能運動缺失、或影響兩末端或更多末端的運動失調症。

生理障礙

- F** 呼吸道：分級III或更高。
- G** 心血：功能分級III或IV及治療分級C、D或E的血管性障礙。
- H** 血液透析：需要接受腎臟血液透析才能存活的個人。
- I** 神經性障礙：依照社會安全標準下的失能評估出版品中所述。
- J** 慢性進展性衰弱疾患：依慢性症狀歸類的疾病，如疲勞、虛弱、體重減輕、疼痛及心理狀態改變，這些症狀會影響日常生活活動且大幅損及行動能力。
- 進展性及無法控制的惡性腫瘤
- 晚期結締組織疾病，如紅斑性狼瘡、硬皮症或結節性多動脈炎
- 症狀性HIV：CDC定義的臨床分組IV、子分組A中的 (AIDS或ARC)

視力障礙

- K** 法定盲。
- L** 視力：視力最佳眼經過矯正後視力不到20/200，或從注視點起算，視野縮減至10度或以下，或對角不足20度。

心理障礙

- M** 心理/情緒：患有美國精神醫學學會診斷與統計手冊第五版中所列心理或情緒障礙之個人，且嚴重度符合或超過社會安全標準下的失能評估出版品中所列之標準。失能情形必須至少已出現三個月，且預期會持續至超過申請日期後的三個月。
- N** 自閉症：包含疏離、社交關係不足、語言障礙及單調性重複性的動作行為。

聽力障礙

- O** 全聾。
- P** 1000及2000Hz範圍內的聽力損失為70 dba或以上的人士。

第5部分 – 醫療資訊釋出同意書 (僅限醫療失能條件)

針對本人的殘障人士專用TAP卡申請，本人特此授權_____醫生/開業醫生將與本人失能狀況相關的醫療或相關資訊釋出給相應機構。釋出之資訊僅限用於確認本人的病患狀態，及指明本人的失能類別。

本人了解，本人有權取得本授權書副本。本人了解，本人可隨時撤銷此授權。除非撤銷，否則本申請書允許證明本人失能狀況的醫療護理專業人士，最久可在下列日期後60天內，將相關資訊釋出。

申請人姓名 (正楷)	申請人簽名	日期
------------	-------	----

第6部分 – 醫療專業人士證明 (僅限醫生/開業醫生使用)

醫生/開業醫生全名	證書號碼	
地址	診所	
城市，州，郵遞區號	電話號碼	傳真號碼
簽名	檢驗日期 (去年期間內)	

本人特此證明，依據第4部分之定義，申請人的醫學失能條件為 (圈選所有適用字母)。

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

醫生必須在下列空間詳細註明申請人的失能狀態。(必填)

依本人專業判斷，申請人之失能狀況預期將持續：(擇一勾選。)

- 3個月 6個月 9個月
 1年 2年 3年 4年 永久失能

(注意：TAP卡不發予失能狀況持續未達三個月或超過10年者。)

本人了解，若未能依據上述指南證明申請人之失能狀態，將導致本人之證明權利遭到取消。本人是獲得加州合法授證

之_____，本人特此聲明，本人所提供之資訊均確實無訛，否則願受偽證罪之處罰。

[輸入合格職業職稱](#)