

障害者用TAPカード申請書

運賃割引のTAPカードを受け取る、または更新する場合は、この申請書に記入してください。

23-2877PS © 2023 LACMTA

申請書の提出

提出可能な記入済み申請書には、以下の内容が含まれます。

- 用紙のセクション1のボックスに添付した2インチ×2インチまたは1インチ×1¼インチの現在の顔全体の写真（帽子やサングラスは不可）
- 記入済みの申込書：セクション1、2、3はすべての申請者用、セクション5と6は対象となる医学的障害の申請者用です。
- セクション3の資格を証明する写真付き公的身分証明書と書類のコピー。

2つの方法のいずれかで、記入済み申請書小包を提出できます。

1. In1. 以下に記載されているMetroカスタマーセンターのいずれかに、直接お越しください：

Baldwin Hills/Crenshaw

3650 W Martin Luther King Bl
Ste 189 Los Angeles, CA
火曜日～土曜日、
午前10時～午後6時

Union Station East

One Gateway Plaza
Los Angeles, CA
月曜日～金曜日、
午前6時～午後6時30分

Rosa Parks Customer Center

Willowbrook/Rosa Parks Station
11720 Wilmington Av
Los Angeles, CA
月曜日～金曜日、午前6時～午後6時30分

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
月曜日～金曜日、
午前10時～午後6時

East Los Angeles

4501 B Whittier Bl
Los Angeles, CA
火曜日～土曜日、
午前10時～午後6時

2. 郵送で次の宛先に提出してください：

障害者用TAPカードは、本人確認完了後、20営業日以内に資格のある申請者に郵送されます。郵送申請の場合は、さらにお時間をいただきます。申請書は社内使用のみに限定され、一般に開示されることはありません。障害者用TAPカードは譲渡できません。

TAPに参加している交通機関

- TAP電話：866.827.8646
- taptogo.net/TAPagenciesにアクセス

TAPカスタマーサービス

- 電話：866.827.8646
- Metroカスタマーセンター

アクセスサービスについて

- accessla.orgにアクセス、または電話：800.827.0829 (800.827.1359、TDD) まで。
- 社会保障局のサイト ssa.gov にアクセス。

地域のダイヤル・ア・ライドの場合

- <https://dpw.lacounty.gov/transit/DAR.aspx> にアクセス

運賃割引の追加情報

- Metroの場合は、reducedfare@metro.net にEメールを送信してください。
- お住まいの地域の交通機関の運賃割引プログラムについては、各交通機関へ直接お問い合わせください。
- 低所得者に該当する乗客の方には、TAPで「低所得者向け運賃は簡単 (Low Income Fare is Easy, LIFE) プログラムの運賃補助について説明をしています。metro.net/life にアクセスしてください。
- TAPアプリの詳細については、taptogo.net にアクセスしてください。

TAPカードの紛失、盗難、または破損

- TAP電話：866.827.8646
- 返金不可、\$5の交換手数料が適用されます

障害者用TAPカード申請書 (1つにチェックを入れてください)



- 新規
- 更新



既にお持ちの場合は、既存のカード番号の下8桁を入力してください

障害者用TAPカードの更新または新規申し込みに必要な情報を入力してください。

申請要領

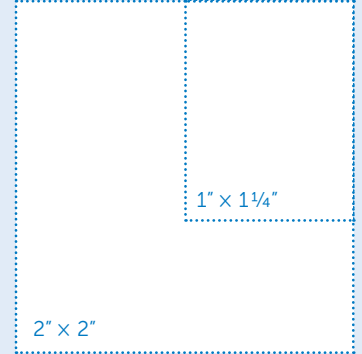
- すべての申請者は、セクション1、2、および3に記入する必要があります。
- 申請者が資格に該当する医学的障害を有する場合(セクション4を参照)、申請者はセクション5にも記入し、医師またはその他の認定専門家にセクション6の必要事項の記入と署名を依頼する必要があります。
- 写真付き公的身分証明書のコピーを同封してください。
- セクション3の資格認定を証明する書類を含めます。
- 記入済みの医療証明書をセクション6用に添付します。
- 記入済みの申請書を直接持参、または郵送で提出してください(最終ページを参照)。

セクション1 - 写真の仕様

- 以下のガイドラインに準拠していない写真を使用した申請書は、すべて処理されません。

ボックスの内側に写真を貼付

- 現在の顔全体の写真のみ
- 帽子やサングラスは不可
- 写真サイズ: 2インチ×2インチまたは1インチ×1¼インチ
- 写真は、右のスペースに収まるサイズにカットする必要があります。
- 写真は、ピントが合っていて、カラーであること



セクション2 - 申請者情報

姓	名	ミドルネームまたはイニシャル
番地	アパート番号(該当する場合)	市町村、州・都道府県、郵便番号
Eメール(該当する場合)	生年月日	電話番号

私は、カリフォルニア州において偽証の場合は罪に問われることを承知の上で、私が提供した情報が真実かつ正確であることを宣言します。

私は、カードを不正に使用した場合、または交通機関の所有物にマークやタグを付けたり破損した場合、運賃割引のTAPカードを使用できなくなる可能性があることを理解しています。私は、TAPカードが譲渡不可であることを理解しています。

申請者の署名 _____ 日付 _____

セクション3 - 資格基準と診療録の開示許可

以下の条件のいずれかに該当する場合、申請者は障害者用TAPカードの発行対象となります。注:最初の5つのカテゴリのいずれかに該当する申請者は、資格を証明する書類のコピーと写真付き公的身分証明書を提出する必要があります。

- | | |
|--|--|
| _____ 私は、メディケアIDカードを持っています(Medi-Calカードは不可) | _____ 私は、追加保障所得 [Supplemental Security Income, SSI] または社会保障障害者保険 [Social Security Disability Insurance, SSDI] の給付を受けています(現在の給付確認書または授与書または給付小切手のコピー) |
| _____ 私は有効なカリフォルニア州車両管理局 (Department of Motor Vehicles, DMV) のプラカード領収書を持っています(受理されるには、現在の「有効期限」の日付が必要です) | _____ 私はLA郡プログラムの特別支援教育学生です(証明書は最新のもので、学校のレターヘッドに特別支援教育教師の署名があるものでなければなりません) |
| _____ 私は障害者退役軍人ID/退役軍人 (Veterans Affairs, VA) 給付金概要書(サービス関連)を持っています | |

----- 上記の要件を満たしている場合は、ここで終了できます -----

_____ 私は、社会保障障害に該当する医学的障害を持っています。(セクション5と6の完了が必要)

----- セクション5と6に進んでください。 -----

セクション4に記載されている障害を認定する資格のある医療専門家:

医師/開業医 - すべての障害、すべてのカテゴリ

カイロプラクター - 運動障害 **A, B, D** のみ

検眼医 - 視覚障害 **K, L** のみ

言語聴覚士 - 聴覚障害 **O, P** のみ

足病医師 - 運動障害 **A, B, C, D** のみ

臨床心理士 - 精神障害 **M, N** のみ

障害者TAPカードの個人への発行を認定するには、以下のことが必要です:

- セクション4の基準を満たす個人のみを適格として認定することに同意する必要があります。
- 要求に応じて、この申請書に記載された情報の検証を資格のある機関に提供する必要があります。
- 適切な専門学位を取得し、カリフォルニア州でライセンスを取得している必要があります。

セクション4 - 医学的障害の基準

運動障害

- A** 歩行不可:車椅子の使用が必要。
- B** 移動支援:移動を実現するには、短下肢装具 (Ankle Foot Orthosis, AFO) またはそれよりも大きな下肢装具、歩行器または松葉杖の使用が必要。
- C** 関節炎:治療グレードIIIまたはそれ以下、機能クラスIIIまたはそれ以下、または解剖学グレードIIIまたはそれ以下。
- D** 切断/奇形:筋肉量または腱の外傷性喪失。骨性または線維性強直症のX線証拠。両手または片手と片足の関節の亜脱臼または不安定性、足根部またはそれ以上での切断。
- E** 脳卒中:仮性球麻痺、総動作・巧緻運動または歩行の持続的な機能的運動障害、または2つ以上の四肢に影響を及ぼす運動失調を引き起こすもの。

身体障害

- F** 呼吸器:クラスIIIまたはそれ以上。
- G** 心臓病:血管障害の機能クラスIIIまたはIVおよび治療クラスC、DまたはE。
- H** 透析:生命維持の為に腎臓透析が必要な人
- I** 神経学的障害:社会保障出版物に基づく障害認定に記載されているとおり。
- J** 慢性進行性衰弱性疾患:疲労、脱力感、体重減少、痛み、精神状態の変化などの慢性的な症状を特徴とし、日常生活動作に支障をきたし、著しく運動機能が損なわれる疾患。
- 進行性で制御不能な悪性腫瘍
- 全身性エテマトーデス、強皮症、結節性多発動脈炎などの進行性結合組織病
- 症候性ヒト免疫不全ウイルス (Human Immunodeficiency Virus, HIV): (後天性免疫不全症候群 [Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS]、またはエイズ関連複合体 [AIDS-related complex, ARC]) アメリカ疾病予防管理センター (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) が定義した臨床グループIV、サブグループAの場合。

視覚障害

- K** 法的な視覚障害者。
- L** 視力:両眼とも矯正後20/200以下、または視野が固視点から10度以下に狭窄、または20度以下の角度に狭窄している。

精神障害

- M** 精神的/感情的:米国精神医学会の診断および統計マニュアルVに記載されている精神的または感情的障害を持ち、その重症度が社会保障における障害評価の出版物に概説されている基準に適合または超えている人。障害状態が3か月以上継続し、申請日から3か月以上継続すると予想されること。
- N** 自閉症:引きこもり、社会的関係不全、言語障害、および単調な反復運動行動からなる症候群。

聴覚障害

- O** 聴覚障害
- P** 1000Hzと2000Hzの範囲で70db以上の難聴がある人。

この面は、医療障害の基準を満たすためにのみ記入してください

セクション5 - 診療録の開示許可同意書 (医学的障害基準の場合のみ必須)

障害者用TAPカードの申請に関連して、私はここに医師/開業医 _____ が私の障害に関する医療情報またはその他の関連情報を適切な機関に開示することを承認します。開示された情報は、私の患者のステータスおよび障害カテゴリの指定を確認するためにのみ使用されます。

私は、この承認のコピーを受け取る権利があることを認識しています。この承認はいつでも取り消すことができることを理解しています。取り消されない限り、このフォームは、私の障害を証明する医療専門家が、以下に示す日付から最長60日間、関連情報を開示することを許可するものです。

申請者氏名 (活字体)

申請者の署名

日付

セクション6 - 医療専門家の証明書 (医師/開業医のみが使用する場合に必須)

医師/開業医の氏名

ライセンス番号

住所

スイート

市町村、州・都道府県、郵便番号

電話番号

ファックス番号

署名

試験日 (昨年度)

私は、セクション4で定義された申請者の医療障害基準が該当することをここに証明します (該当するすべての文字を丸で囲んでください。)

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

以下のスペースに、医師は申請者の障害を詳細に示す必要があります。(必須。)

私の専門的判断では、申請者の障害は次の期間継続すると予想されます：(1つだけチェックしてください。)

- 3 か月 6 か月 9 か月
 1 年 2 年 3 年 4 年 永久的障害

(注：TAPカードは3か月未満または10年を超えて発行されることはありません。)

私は、上記のガイドラインに従って申請者の障害認定を行わなかった場合、私の認定資格が取り消しになることを理解しています。私は、カリフォルニア州において _____ として法的に認可されており、偽証の場合は罪に問われることを承知の上で、提供された情報は真実かつ正確であることをここに宣言します。
資格のある職業名を入力