

# 장애인을 위한 TAP 카드 신청(신규 및 갱신)



**장애인 TAP 카드 신청**  
요금이 할인된 TAP 카드를 받거나 갱신하려면 이 신청서를 작성하십시오.

## 신청서 제출

작성 후 제출할 준비가 된 신청서에는 다음 사항이 포함됩니다.

- 섹션 1 상자에 부착된 인화지에 있는 2인치 x 2인치 또는 1인치 x 1¼인치의 현재 정면 얼굴이 나온 사진(모자 또는 선글라스 미착용).
  - 작성된 신청서: 모든 신청자는 섹션 1, 2, 3, 자격이 있는 신체 장애 신청자는 섹션 5 및 6.
  - 사진이 부착된 공식 신분증 사본 및 섹션 3의 자격을 증명하는 문서.
- 두 가지 방법 중 하나를 통해 작성된 신청서 패킷을 제출할 수 있습니다.

### 1. 아래에 기재된 Metro 고객 센터에 직접 방문하기

**Baldwin Hills/Crenshaw**  
3650 W Martin Luther King Bl  
Ste 189 Los Angeles, CA  
화요일~토요일,  
오전 10시~오후 6시

**Union Station East**  
One Gateway Plaza  
Los Angeles, CA  
월요일~금요일,  
오전 6시~오후 6시 30분

**Rosa Parks Customer Center  
Willowbrook/Rosa Parks Station**  
11720 Wilmington Av  
Los Angeles, CA  
월요일~금요일, 오전 6시~오후 6시 30분

### 2. 다음 주소로 우편으로 제출하기

**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  
월요일~금요일,  
오전 10시~오후 6시

**East Los Angeles**  
4501 B Whittier Bl  
Los Angeles, CA  
화요일~토요일,  
오전 10시~오후 6시

장애인을 위한 TAP 카드는 확인이 완료된 후 영업일 기준 20일 이내에 자격이 있는 신청자에게 우편으로 발송됩니다. 우편으로 신청서를 제출하는 경우 시간이 더 걸릴 수 있습니다. 신청서는 내부용으로만 사용되며 공개 검토 대상이 아닙니다. 장애인 TAP 카드는 양도할 수 없습니다.

## TAP에 참여하는 대중교통 시스템

- 866.827.8646번으로 TAP에 문의하십시오
- [taptogo.net/TAPagencies](http://taptogo.net/TAPagencies)를 방문하십시오

## TAP 고객 서비스

- 866.827.8646번으로 TAP에 문의하십시오
- Metro 고객 서비스 센터

## 접근 서비스 정보

- [accessla.org](http://accessla.org)를 방문하거나 800.827.0829(800.827.1359, TDD)번으로 문의하십시오.
- [ssa.gov](http://ssa.gov)에서 사회 보장국 사이트를 방문하십시오.

## 해당 지역의 방문 교통 서비스

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

## 추가 요금 할인 정보

- Metro의 경우, [reducedfare@metro.net](mailto:reducedfare@metro.net)으로 이메일을 보내십시오.
- 지역 대중교통 시스템의 경우, 요금 할인 프로그램에 대한 정보는 직접 문의하십시오.
- 자격이 있는 저소득층 승객의 경우, TAP에서 간편한 저소득층 요금제(Low-Income Fare is Easy, LIFE) 프로그램의 요금 보조금에 대해 알아보십시오. [metro.net/life](http://metro.net/life)를 방문하십시오.
- TAP 앱에 대한 자세한 정보를 원하시면 [taptogo.net](http://taptogo.net)을 방문하십시오.

## 분실, 도난 또는 파손된 TAP 카드

- 866.TAPTOGO(866.827.8646)로 TAP 지역 사무소에 문의하십시오.
- 환불되지 않는 교체 수수료 \$5를 지불하십시오.

# 장애인 TAP 카드 신청(1개 선택)

- 신규
- 갱신



가능한다면 기존 카드의 마지막 8자리 숫자를 입력하십시오



신규 장애인 TAP 카드를 갱신하거나 신청하려면 작성하십시오.

## 신청 지침

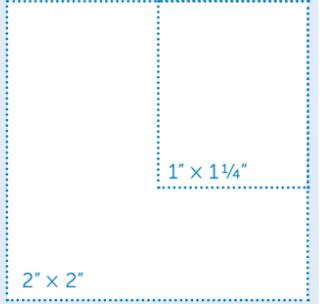
- 모든 신청자는 섹션 1, 2 및 3을 작성해야 합니다.
- 신청자가 자격이 있는 의학적 장애가 있는 경우(섹션 4 참조), 신청자는 섹션 5도 작성해야 하며, 의사 또는 기타 인증 전문가에게 요청하여 섹션 6의 필수 필드를 작성하고 서명해야 합니다.
- 사진이 부착된 공식 신분증 사본을 포함하십시오.
- 섹션 3의 자격을 증명하는 문서를 포함하십시오.
- 섹션 6에 작성한 의료 증명서를 포함하십시오.
- 작성한 신청서를 직접 제출하거나 우편으로 제출하십시오(마지막 페이지 참조).

## 섹션 1 - 사진 사양

- 아래에 기재된 지침을 준수하지 않는 사진이 포함된 지원서는 모두 처리되지 않습니다.

### 상자 안에 사진을 붙이십시오

- 현재 정면 사진만 해당
- 모자 또는 선글라스는 미착용
- 사진 크기는 2인치 x 2인치 또는 1인치 x 1¼인치
- 사진은 크기에 맞게 잘라야 하며 오른쪽에 제공된 공간에 맞아야 합니다.
- 사진은 초점이 맞아야 하고 컬러 사진이어야 합니다



## 섹션 2 - 신청자 정보

성	이름	중간 이름 또는 이니셜
거리 주소	아파트 주소(해당하는 경우)	시, 주, 우편번호
이메일(해당하는 경우)	생년월일	전화번호

본인은 캘리포니아 주법에 따라 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 본인이 제공한 정보가 사실이고 정확함을 선언합니다.

본인은 카드를 잘못 사용하거나 대중교통 기관 자산에 표시를 하거나 태그를 붙이거나 손상을 입힐 경우, 요금 할인 TAP 카드를 사용할 수 없게 될 수 있다는 것을 알고 있습니다. 본인은 본인의 TAP 카드를 양도할 수 없다는 것을 알고 있습니다.

신청자 서명	날짜
--------	----

## 섹션 3 - 자격 기준 및 의료 공개

아래에 기재된 다음 기준 중 하나에 해당하는 신청자는 장애인 TAP 카드를 받을 자격이 있습니다. 참고: 처음 5개 카테고리 중 하나에 해당하는 지원자는 자격을 증명하는 문서의 사본과 사진이 부착된 공식 신분증을 제출해야 합니다.

- \_\_\_\_\_ 본인은 Medicare ID 카드를 가지고 있습니다(Medi-Cal 카드는 사용할 수 없음).
- \_\_\_\_\_ 본인은 유효한 캘리포니아 DMV 플래카드 영수증을 가지고 있습니다(승인을 받으려면 현재 "유효 기간" 날짜가 있어야 함).
- \_\_\_\_\_ 장애가 있는 재향군인 ID/VA 혜택 요약 서신(서비스 연결)이 있습니다.
- \_\_\_\_\_ 본인은 생활보조금[Supplemental Security Income, SSI] 또는 사회 보장 장애 보험[Social Security Disability Insurance, SSDI] 혜택(현재 혜택 인증서 또는 지원 서신 또는 혜택 확인서의 사본)을 받고 있습니다.
- \_\_\_\_\_ 본인은 LA 카운티 프로그램의 특수 교육 학생입니다(증명서는 특수 교육 교사가 서명한 현재 학교의 레터헤드에 있어야 함).

----- 위의 요구 사항을 충족하는 경우, 여기에서 중지할 수 있습니다 -----

\_\_\_\_\_ 본인은 사회 보장 장애에 따라 자격이 있는 의학적 장애가 있습니다. (섹션 5 및 6을 작성해야 함)

----- 섹션 5 및 6을 계속 진행하십시오. -----

## 이 장에는 자격이 있는 의학적 장애 기준에 대해서만 작성합니다

섹션 4에 기재된 장애를 증명할 수 있는 자격을 갖춘 의료 전문가:

의학박사 및 정골의학박사/의사 - 모든 장애, 모든 카테고리	청능사 - 청각 장애 <b>O, P</b> 만 해당
척추 지압사 - 이동성 장애 <b>A, B, D</b> 만 해당	족부 전문의 - 이동성 장애 <b>A, B, C, D</b> 만 해당
검안사 - 시각 장애 <b>K, L</b> 만 해당	임상 심리학자 - 정신 장애 <b>M, N</b> 만 해당

장애인 TAP 카드의 자격이 되는 개인이라는 것을 증명하려면 다음과 같이 해야 합니다.

- 섹션 4의 기준을 충족하는 개인만 자격이 있다고 증명하는 데 동의합니다.
- 요청 시 자격이 있는 기관에 이 신청서에 포함된 정보를 확인해주시요.
- 적절한 전문 학위를 소지하고 캘리포니아에서 면허를 취득해야 합니다.

### 섹션 4 - 의학적 장애 기준

이동성 장애

- A** 보행 불가: 휠체어를 사용해야 합니다.
- B** 이동 보조: 이동성을 확보하려면 발목 보조기(Ankle Foot Orthosis, AFO) 또는 대형 다리 보조기, 보행기 또는 목발을 사용해야 합니다.
- C** 관절염: 치료 등급 III 이하, 기능 클래스 III 이하 또는 해부학적 등급 III 이하.
- D** 절단/기형: 근육량 또는 힘줄의 외상 손실, 골수강직증 또는 섬유성 강직증의 엑스레이 증거, 양손 또는 한 손과 한 발의 관절 아탈구 또는 불안정성, 발목 부위 위에서의 절단.
- E** 뇌졸중: 가구마비, 육안/손재주 운동 또는 보행의 지속적인 기능적 운동 부족 또는 두 개 이상의 사지에 영향을 미치는 운동 실조를 유발합니다.

신체 장애

- F** 호흡기: 클래스 III 이상.
- G** 심장: 기능적 클래스 III 또는 IV 및 치료 클래스 C, D 또는 E의 혈관 장애.
- H** 투석: 생존을 위해 신장 투석이 필요한 사람들.
- I** 신경학적 장애: 사회 보장 간행물에 따른 장애 평가에 포함되어 있는 사항.
- J** 만성 진행성 쇠약 장애: 피로, 허약, 체중 감소, 통증 및 정신 상태의 변화와 같은 만성적인 증상이 나타나는 질환으로, 일상 생활 활동에 지장을 주고 이동성을 현저히 저하시킵니다.
- 진행성 및 제어 불가능한 악성 종양
- 홍반성 루푸스, 경화증 또는 결정성 다발동맥염과 같은 진행성 결합 조직 질환
- 증상이 있는 인간 면역결핍 바이러스(Human Immunodeficiency Virus, HIV): 미국 질병 통제 예방 센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)에서 정의한 하위 그룹 A의 임상 그룹 IV(AIDS 또는 ARC)

시각 장애

- K** 법적 시각 장애인
- L** 시력: 눈이 최상의 상태에서 교정 후 20/200 이하이거나 시야가 고정점에서 10도 이하로 수축되거나 20도 이하의 각도로 기울어지는 경우.

정신 장애

- M** 정신/감정: 미국 정신의학 협회의 진단 및 통계 매뉴얼 V에 기재된 정신 장애 또는 정서 장애가 있는 사람으로, 그 중증도가 사회 보장 간행물의 장애 평가에 명시된 기준을 충족하거나 초과하는 경우. 장애는 3개월 이상 존재해야 하며, 신청일 이후 3개월 이상 지속될 것으로 예상되어야 합니다.
- N** 자폐증: 위축, 부적절한 사회 관계, 언어 장애 및 단조롭게 반복되는 운동 행동으로 구성된 증후군.

청각 장애

- O** 완전 난청.
- P** 청력 손실이 1000~2000Hz 범위에서 70dba 이상인 사람.

### 섹션 5 - 의료 공개 동의서(의학적 장애 기준에만 필요)

본인의 장애인 TAP 카드 신청과 관련하여 본인은 의사/의료진 \_\_\_\_\_ (으)로 하여금 본인의 장애와 관련되는 의료 또는 기타 정보를 해당 기관에 공개할 수 있음을 승인합니다. 공개되는 본 정보는 본인의 병력 상태와 본인의 장애 범주 지정을 확인하는 데에만 사용될 것입니다.

본인은 본 승인서 사본을 받을 권리가 있으며, 언제든지 본 승인서를 취소할 수 있음을 이해합니다. 본 승인서를 취소하는 경우를 제외하고, 이 양식은 건강 관리 전문가로 하여금 아래에 기재된 날짜로부터 최대 60일 동안 관련 정보 공개를 위해 본인의 장애를 증명하는 것을 허용합니다.

신청자 이름(정자체)	신청자 서명	날짜
-------------	--------	----

### 섹션 6 - 의료 전문가 인증서(의사/의료진 용도로만 필요)

의사/의료진의 전체 이름	면허 번호
주소	동
시, 주, 우편번호	전화번호
서명	팩스 번호
	검사 날짜(최근 1년 이내)

이로써 본인은 섹션 4에 정의된 신청자의 의학적 장애 기준이 다음과 같음을 증명합니다(해당되는 모든 문자에 동그라미를 치십시오).

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

의사는 아래에 제공된 공간에 신청자의 장애를 자세히 설명해야 합니다. (필수 항목.)

본인의 전문적인 판단에 따르면 신청자의 장애는 다음 기간 동안 지속될 것으로 예상됩니다(1개 항목만 선택).

- 3개월
- 6개월
- 9개월
- 1년
- 2년
- 3년
- 4년
- 영구적 장애

(참고: 3개월 미만 또는 10년 이상일 시 TAP 카드는 발급되지 않습니다.)

본인은 위의 지침에 따라 신청자의 장애를 증명하지 못하면 본인의 증명 권한이 취소된다는 것을 알고 있습니다. 본인은 캘리포니아 주에서 법적으로 \_\_\_\_\_ (으)로 면허를 취득했으며, 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 제공된 정보가 사실이며 정확함을 선언합니다. [자격을 지닌 직업명을 입력하십시오](#)