

Заявка на получение карты TAP для лиц с ограниченными физическими возможностями (восстановление или получение новой карты)



Заявка на получение карты TAP для лиц с ограниченными физическими возможностями

Чтобы получить новую карту или восстановить карту со сниженным тарифом TAP со сниженным тарифом, заполните эту заявку.

23-2876PS © 2023 LACMTA

Подача заявки

Заполненная заявка, полностью готовая к отправке, должна включать следующее:

- актуальная фотография в анфас размером 2 × 2 дюйма или 1 × 1¼ дюйма (без головных уборов и солнцезащитных очков) на фотобумаге, вклеенная в рамку в РАЗДЕЛЕ 1;
- заполненная форма заявки: РАЗДЕЛЫ 1, 2, 3 для всех заявителей и РАЗДЕЛЫ 5 и 6 для заявителей с нетрудоспособностью, соответствующих требованиям по медицинским причинам;
- копия официального удостоверения личности и документы, подтверждающие соответствие требованиям, изложенным в РАЗДЕЛЕ 3.

Вы можете подать заполненную заявку одним из двух указанных далее способов.

1. In-1. Лично в одном из указанных ниже центров обслуживания клиентов Metro:

Baldwin Hills/Crenshaw
3650 W Martin Luther King Bl
Ste 189 Los Angeles, CA
Вторник — суббота
10:00–18:00

Union Station East
One Gateway Plaza
Los Angeles, CA
Понедельник — пятница,
6:00–18:30

**Rosa Parks Customer Center Willowbrook/
Rosa Parks Station**
11720 Wilmington Av
Los Angeles, CA
Понедельник — пятница, 6:00–18:30

2. Отправьте по почте по адресу:

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
Понедельник — пятница,
10:00–18:00

East Los Angeles
4501 B Whittier Bl
Los Angeles, CA
Вторник — суббота,
10:00–18:00

Карты TAP для лиц с ограниченными физическими возможностями будут отправлены по почте всем заявителям, соответствующим установленным требованиям, в течение 20 рабочих дней после завершения соответствующей проверки. Если вы подавали заявку по почте, возможно вам придется подождать немного дольше. Заявки предназначены только для внутреннего использования и не подлежат публичному рассмотрению. Карту TAP для лиц с ограниченными физическими возможностями нельзя передавать другим лицам.

Как узнать, какие транспортные системы участвуют в программе TAP

- Обратитесь в TAP по телефону 866.827.8646
- Перейдите по ссылке taptogo.net/TAPagencies

Служба поддержки TAP

- Обратитесь в TAP по телефону 866 827 8646
- Центры обслуживания клиентов Metro

Чтобы получить информацию в отношении доступности:

- посетите сайт accessla.org или позвоните по номеру 800.827.0829 (800.827.1359, TDD);
- посетите сайт Администрации социального обеспечения по ссылке ssa.gov.

Чтобы узнать о предоставлении услуги «Заказ транспорта по телефону» в вашей местности:

- перейдите по ссылке <https://dpw.lacounty.gov/transit/DAR.aspx>

Дополнительная информация в отношении льготного проезда

- Чтобы узнать больше об услугах Metro, пишите по адресу reduced-fare@metro.net.
- За дополнительной информацией о других программах льготного проезда и местных транспортных системах обращайтесь непосредственно в местную транспортную компанию.
- Пассажирам с низким доходом, которые соответствуют требованиям, следует узнать больше о субсидиях на оплату проезда по TAP в рамках программы «Тариф для малообеспеченных — это просто» (Low Income Fare is Easy, LIFE). Посетите веб-сайт metro.net/life.
- Чтобы узнать больше о приложении TAP, посетите сайт taptogo.net.

Если ваша карта TAP потеряна, украдена или уничтожена

- Позвоните в региональный офис программы TAP по номеру 866-TAPTOGO (866.827.8646).
- Внесите невозмещаемую плату за замену карты в размере \$5.

Заявка на получение карты TAP для лиц с ограниченными физическими возможностями (выберите один вариант)



Новая карта

Восстановление карты



Если это возможно, введите последние восемь цифр номера действующей карты

Заполните заявку, чтобы восстановить или получить новую карту TAP для лиц с ограниченными физическими возможностями.

Указания по заполнению заявки

- Все заявители должны заполнить РАЗДЕЛ 1, 2 и 3.
- Если у заявителя подтверждена нетрудоспособность и он соответствует требованиям по медицинским причинам (см. РАЗДЕЛ 4), то заявитель также должен заполнить РАЗДЕЛ 5 и попросить врача или другого сертифицированного специалиста заполнить и подписать обязательные поля в РАЗДЕЛЕ 6.
- Приложите копию официального удостоверения личности с фотографией.
- Приложите документы, подтверждающие соответствие требованиям, изложенным в РАЗДЕЛЕ 3.
- Приложите заполненное медицинское заключение в РАЗДЕЛЕ 6.
- Подайте заполненную заявку лично или отправьте ее по почте (см. последнюю страницу).

РАЗДЕЛ 2. ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

Фамилия

Имя

Отчество, среднее имя или инициал

Адрес

Номер квартиры (если применимо)

Город, штат, почтовый индекс

Адрес электронной почты (если применимо)

Дата рождения (dd/mm/yy)

Номер телефона

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством штата Калифорния, что предоставленная мной информация является достоверной и точной.

Я понимаю, что могу потерять право на использование карты Reduced Fare TAP со сниженным тарифом, если буду пользоваться ею неправильно, если буду делать какие-то отметки на имуществе транспортной компании или нанесу ему какой-либо вред. Я понимаю, что моя карта TAP не подлежит передаче другому лицу.

Подпись заявителя

Дата

РАЗДЕЛ 3. НЕОБХОДИМЫЕ ТРЕБОВАНИЯ И СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Заявители имеют право на получение карты TAP для лиц с ограниченными физическими возможностями, если к ним применим один из перечисленных ниже критериев. Примечание. Заявители, относящиеся к одной из первых пяти категорий, должны представить ксерокопии документа, подтверждающего право на получение карты, и официального удостоверения личности с фотографией.

_____ У меня есть идентификационная карта Medicare (карта Medi-Cal не принимается).

_____ У меня есть действующая квитанция на приобретение таблички Департамента автомобильного транспорта (Department of Motor Vehicle, DMV) штата Калифорния (чтобы квитанцию приняли, необходимо указать дату окончания срока ее действия).

_____ У меня есть удостоверение инвалида войны / письмо с кратким описанием льгот от Совета по делам ветеранов (в случае, если нетрудоспособность связана со службой в Вооруженных силах).

_____ Я получаю пособие по программе «Дополнительный доход по социальному обеспечению» [Supplemental Security Income, SSI] или «Социальное страхование на случай потери трудоспособности» [Social Security Disability Insurance, SSDI] (копия актуального письма о подтверждении начисления пособия, письма о присуждении пособия или квитанции о его выплате).

_____ Я являюсь учащимся программы специального образования округа Лос Анджелес (свидетельство должно быть актуальным, напечатанным на бланке школы и подписанным учителем программы специального образования).

----- ЕСЛИ ВЫ СООТВЕТСТВУЕТЕ УКАЗАННЫМ ВЫШЕ ТРЕБОВАНИЯМ, ВЫ МОЖЕТЕ ОСТАНОВИТЬСЯ ЗДЕСЬ -----

_____ У меня нетрудоспособность и я соответствую требованиям по медицинским причинам согласно закону «О социальной защите инвалидов». (Требуется заполнения РАЗДЕЛОВ 5 и 6)

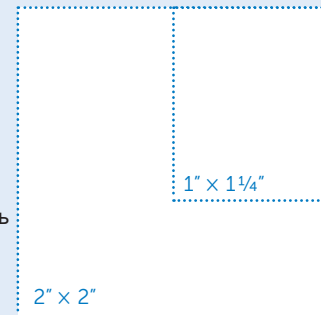
----- ПЕРЕЙТИ К РАЗДЕЛАМ 5 И 6. -----

РАЗДЕЛ 1. ТРЕБОВАНИЯ К ФОТОГРАФИИ

- Все Заявки с фотографиями, которые не соответствуют указанным требованиям, не будут рассматриваться.

ВКЛЕЙТЕ ФОТО В РАМКУ

- Только актуальная фотография в анфас
- Без головных уборов или солнцезащитных очков
- Фотография размером 2 × 2 дюйма или 1 × 1¼ дюйма
- Фотографию необходимо обрезать таким образом, чтобы она поместилась в специально предназначенном для нее поле справа
- Фото должно быть четким и цветным



Квалифицированные медицинские работники, которые могут подтвердить нетрудоспособность в связи с нарушениями здоровья, указанными в РАЗДЕЛЕ 4:

ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК И ВРАЧ ОСТЕОПАТ / ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ — ВСЕ ТИПЫ НАРУШЕНИЙ, ВСЕ КАТЕГОРИИ
МАНУАЛЬНЫЙ ТЕРАПЕВТ — НАРУШЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА **Только А, В, D**
ОПТОМЕТРИСТ — НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ **Только К, L**

ОТОЛАРИНГОЛОГ — НАРУШЕНИЯ СЛУХА **Только O, P**
ПОДОЛОГ — НАРУШЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА **Только А, В, C, D**
КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ — ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА **Только M, N**

Для того чтобы подтвердить право лица на получение карты ТАР для лиц с ограниченными физическими возможностями, необходимо:

- согласиться определять в качестве правомочных только тех лиц, которые имеют показания, изложенные в РАЗДЕЛЕ 4;
- по запросу предоставлять уполномоченному учреждению подтверждения правдивости информации, содержащейся в этой заявке;
- иметь соответствующий уровень профессиональной квалификации и лицензию на осуществление деятельности в штате Калифорния.

РАЗДЕЛ 4. МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРИЗНАНИЮ ЛИЦА НЕТРУДОСПОСОБНЫМ

НАРУШЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

- A** Неамбулаторное: требуется инвалидное кресло.
- B** Требуется средство для перемещения: для перемещения необходим ортез голеностопного сустава или более крупный бандаж для ног, ходунки или костыли.
- C** Артрит: степень тяжести заболевания III или хуже, функциональный класс III или хуже, анатомический класс III или хуже.
- D** Ампутация/деформация: потеря мышц или сухожилий вследствие травмы; рентгенологические признаки костного или фиброзного анкилоза; подвывих сустава, нестабильность суставов обеих рук или одной руки и одной ноги или ампутация части стопы в области предплюсны или выше.
- E** Инсульт: вызвавший псевдобульбарный синдром, устойчивый функциональный двигательный дефицит, выражающийся в нарушениях крупной/мелкой моторики, походки или атаксии, поражающей две или более конечностей.

СОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

- F** Респираторные: класс III или выше.
- G** Кардиологические: сосудистые нарушения функционального класса III или IV и терапевтического класса C, D или E.
- H** Диализ: пациенты, которым для поддержания жизни требуется диализ.
- I** Неврологические нарушения: в соответствии с описанным в публикации об экспертизе нетрудоспособности в рамках программы социального обеспечения.
- J** Хронические прогрессирующие изнуряющие заболевания: болезни, которые характеризуются такими хроническими симптомами, как утомляемость, слабость, потеря веса, боль и изменения психического состояния, в случае, когда эти симптомы мешают заниматься повседневными делами и значительно ограничивают подвижность.
- Прогрессирующие и не поддающиеся лечению злокачественные новообразования
- Прогрессирующее заболевание соединительной ткани, такое как красная волчанка, склередема или узелковый полиартериит
- Симптоматическая ВИЧ-инфекция (СПИД или СПИД-ассоциированный комплекс): по методологии Центров по контролю и профилактике заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) клиническая группа IV, подгруппа A

НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ

- K** Наличие диагноза слепота.
- L** Острота зрения: не выше 20/200 после коррекции на более здоровом глазу; или же при условии сужения поля зрения до 10 градусов или менее от точки фиксации или сужение под углом до показателя не более 20 градусов.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

- M** Психическое/эмоциональное расстройство: лицо с психическими или эмоциональными нарушениями, перечисленными в V Диагностическом и статистическом руководстве Американской ассоциации психиатров, серьезность которых соответствует или превышает стандарты, изложенные в публикации об экспертизе нетрудоспособности в рамках программы социального обеспечения. Нетрудоспособность должна продолжаться в течение как минимум трех месяцев на момент подачи заявки и сохраняться в течение как минимум трех месяцев после указанной даты.
- N** Аутизм: синдром, характеризующийся замкнутостью, неспособностью строить адекватные социальные взаимоотношения, нарушениями речи и монотонно повторяющимся двигательным поведением.

НАРУШЕНИЯ СЛУХА

- O** Полная глухота.
- P** Лица, которые слышат только звуки громче 70 дБ(А) в диапазоне 1000–2000 Гц.

ЭТА СТОРОНА ДОЛЖНА ЗАПОЛНЯТЬСЯ ТОЛЬКО С ЦЕЛЬЮ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ НАЛИЧИЯ МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ К ПРИЗНАНИЮ ЛИЦА НЕТРУДОСПОСОБНЫМ

РАЗДЕЛ 5. СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ (ОБЯЗАТЕЛЬНО; КАСАЕТСЯ ТОЛЬКО МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ К ПРИЗНАНИЮ ЛИЦА НЕТРУДОСПОСОБНЫМ)

В связи с моим заявлением на получение карты ТАР для лиц с ограниченными физическими возможностями я настоящим уполномочиваю доктора / лечащего врача _____ предоставить соответствующему учреждению медицинскую или другую соответствующую информацию о моей нетрудоспособности. Будет раскрыта только информация, необходимая для подтверждения моего статуса пациента и определения моей категории нетрудоспособности.

Я понимаю, что у меня есть право получить копию данного разрешения. Я понимаю, что могу в любой момент отозвать данное разрешение. Если я не отзываю свое разрешение, оно позволит медицинскому работнику, который занимается проверкой факта моей нетрудоспособности, в течение 60 дней после указанной ниже даты раскрыть соответствующую информацию.

Имя заявителя (разборчиво)

Подпись заявителя

Дата

РАЗДЕЛ 6. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ (ОБЯЗАТЕЛЬНО; для заполнения только доктором / лечащим врачом)

Полное имя доктора / лечащего врача

Номер лицензии

Адрес

Кабинет

Город, штат, почтовый индекс

Номер телефона

Номер факса

Подпись

Дата обследования
(в течение последнего года)

Настоящим я подтверждаю, что среди описанных в РАЗДЕЛЕ 4 медицинских показаний к признанию лица нетрудоспособным к заявителю относятся указанные далее (обведите все подходящие буквы).

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

В специальном поле ниже врач должен подробно описать характер инвалидности заявителя. (Обязательно)

По моему профессиональному мнению, заявитель будет нетрудоспособен в течение указанного далее периода времени (отметьте только один вариант).

- 3 месяца 6 месяцев 9 месяцев
 1 год 2 года 3 года 4 года Постоянная нетрудоспособность

(Примечание. Карты ТАР выдаются не менее чем на 3 месяца и не более чем на 10 лет.)

Я ПОНИМАЮ, ЧТО НЕСПОСОБНОСТЬ ПОДТВЕРДИТЬ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ЗАЯВИТЕЛЯ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИВЕДЕННЫМИ ВЫШЕ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ПРИВЕДЕТ К АННУЛИРОВАНИЮ МОЕЙ ЛИЦЕНЗИИ. У МЕНЯ ЕСТЬ ЛИЦЕНЗИЯ НА ЗАКОННОЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В КАЧЕСТВЕ _____ В ШТАТЕ КАЛИФОРНИЯ, И ПОД СТРАХОМ НАКАЗАНИЯ ЗА ЛЖЕСВИДЕТЕЛЬСТВО Я НАСТОЯЩИМ ЗАЯВЛЯЮ, ЧТО ПРЕДОСТАВЛЕННАЯ ИНФОРМАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТОВЕРНОЙ И ТОЧНОЙ.