



APPLICATION INSTRUCTION SHEET - DISABILITY REDUCED FARE PROGRAM*

障害者割引運賃プログラム申請書 記入インストラクション*

1 枚目 (申請者用インストラクション)

*この割引運賃プログラムは“障害を持つアメリカ人法 (ADA)”の必要要件ではありません。

セクション 1 : 申請者の情報 (黒か青のペンで、はっきりと英語で記入してください)

ライン 1a: フルネーム (姓、名、ミドルネームイニシャル) ライン 1b: 住所 (ストリート、市、州、郵便番号)

ライン 1c: エリアコードを含めた電話番号。電話番号がない場合は“NONE”と書く。ライン 1d: 生年月日 (月、日、年)

セクション 2 : 申請者の資格要件**

ライン 2a: このセクションの資格要件を満たしている場合はセクション 4を記入する必要はありません。

必要証明書類をトランジットパスオフィスにお持ちください。

アメリカ合衆国退役軍人省 (Department of Veteran Affairs (VA) 給付金受給者:

一つの障害のレートが 40% 以上の給付金レターの原本を提出してください。

社会保障庁障害給付金受給者 (SSDI):

社会保障身体障害保険 Social Security Disability Insurance (SSDI) 給付金レターの原本を提出。

障害者用パーキングパーミット所持者: DCAB 発行の有効なオリジナルパーキング ID カードを提出。

手足などの切断手術を受けた人: 対面での確認になります。書類の必要はありません

ライン 2b: 申請者の医療専門家 (HCP) が、「セクション 4: 障害の証拠証明」必要事項を署名、日付とともに記入

- この障害者割引プログラムの資格要件は“障害を持つアメリカ人法 (ADA)”の障害者の定義に従うものでなく、ADA の必要要件ではありません。
- 障害があることがこの障害者割引プログラムの適用を保証するものではありません。
- セクション 4b にて診断と公共交通機関を利用できる機能的能力の説明がなされます。
- 割引運賃 HOLO カードは申請者の障害が証拠確認などで明確に証明されてから発行されます。

** 65 歳以上の方はシニア割引運賃 HOLO カードを申請してください

** 65 歳以下のメディケアカード所持者は、メディケア割引運賃 HOLO カードを申請してください。

** 申請者が SSI を受給している、または規定の低所得条件を満たしている場合は、低所得者割引 HOLO カードを申請してください。(詳細は電話 808-768-7065 まで)

セクション 3 : 申請者の声明書 & 医療情報の開示許可

読んで署名と日付を記入してください。

申請プロセス (黒か青のペンのみを使って申請書に記入してください)

申請者は記入済・署名済みの申請書を本人が対面で提出してください。

場所: カリヒトランジットセンター - ミドルストリートとカメハメハハイウェイの角

電話番号: 808-848-5555 (5 番を押す)

オフィス営業時間: 月曜日~金曜日 朝 7 時半~午後 4 時 (3 時半までに並ぶこと) 市の休日は休み

変更されていないオリジナルの、全ての必要事項が記入され、署名がされている申請書のみ受け付けます。コピー、ファックスまたはデジタルサインは受け付けませんのでご注意ください。

申請書に未記入箇所があったり、必要な書類、身分証明書がない場合、料金未払い、または Box 4d の医療専門家の記入日付から 30 暦日後に提出された場合は、申請書は受領されません。

身分証明書、生年月日、*ハワイ居住者であること、を証明するためには、公式の有効な写真付き身分証明書 (ID) が必要です。有効な ID の形式には、運転免許証、州 ID、パスポート、永住者/居住者の外国人

ID、連邦政府公認のインディアン部族 ID が含まれます。 *ハワイ在住であることは、他の書類によって認められる場合があります。

支払い方法は現金またはクレジットカードのみです

障害者として適格であると判断されたら、申請者の写真付障害者用 HOLO カードが発行されます。セクション 2 a の適格者の有効期限は、発行日より 4 年で、セクション 4 の適格者の有効期限は医療専門家により記入された Box 4d の医療専門家が記入した日付に基づきます。
(永続的な障害: 4 年 一時的な障害: ライン 4c の予想期間)

申請者は障害者割引運賃の資格がないとの決定に対して異議を申し立てることができます。

(Details on side 2 / 2 枚目の詳細)



APPLICATION INSTRUCTION SHEET - DISABILITY REDUCED FARE PROGRAM*

障害者割引運賃プログラム申請書 記入インストラクション*

Side 2 (Health Care Professional Instructions & Appeal Process)

2 枚目 (医療専門家へのインストラクション&異議申し立てプロセス)

*この割引運賃プログラムは“障害を持つアメリカ人法 (ADA)”の必要要件ではありません。

Section 4: Supporting Evidence of Disability by a Health Care Professional (HCP) (complete Application Form using black or blue ink only)

セクション 4 : 医療専門家 (HCP) による障害の証拠証明

(黒か青のペンのみ使用して必要事項を記入)

- The Disability Reduced Fare Program is not an ADA requirement and does not follow the ADA definition of an individual with a disability.
- Having a disability alone & completing Section 4 does not assure that the Applicant (Patient) will be eligible for the disability reduced fare program.
- HCP shall be licensed in State of Hawaii and certify disabilities only that the HCP is qualified & licensed to diagnose.
- Acceptable License Types APRN, LCSW, MD, PSY, PT, OT.

Line 4a: Read and Print your Patient's first and last name.

Line 4b: Diagnosis and Description of How the Disability Impacts Applicant's Ability to Use the Public Transit System (do not write code only).

- Specify & describe the diagnosis based on medical evidence to clearly demonstrate how the disability impacts the Patient's functional ability to use public transit without significant difficulty/reliance on the accessibility features in the city's transit system.
- Listing only symptoms (ie: weakness, leg pain) or general category of condition (ie: heart condition, mobility condition) are not acceptable.
- Non-qualifying conditions may include but are not limited to: Financial need (low income reduce fare program available-see Section 2** above); temporary durations less than three (3) months; limited-English; conditions with subjective criteria or symptoms that are difficult to measure.

Line 4c: Indicate if the disability is Permanent or Temporary. For Temporary disabilities, indicate the expected duration in months not to exceed 24 months and not less than 3 months.

Box 4d: Print HCP Name, Address, Phone No., License Type & Number, License Expiration Date.

Use Agency stamp to identify Agency or Print Agency Name if no Agency stamp.

HCP signature to certify Applicant is their patient & information provided is true & correct.

Digital signatures and faxed copies are not accepted.

Date of signature.

Transit Pass Office may conduct follow-up verification of signature.

申請者による異議申し立てのプロセス

申請者は障害者割引運賃の資格がないとの決定に対して異議を申し立てることができます。申請書が却下された日より 30 日 (暦日) 以内に Department of Transportation Services (DTS) に電話 808-768-8368 または E メール thebusstop@honolulu.gov まで連絡をし、異議申し立て方法のインストラクションを入手してください。

却下日は申請者に返却された書類の中の申請書 1 枚目の“For Official Use”内の“Date that the Application was Not Processed” (申請書却下された日) に記してあります。



APPLICATION FORM - DISABILITY REDUCED FARE PROGRAM*

障害者割引運賃プログラム 申請書

1 枚目（黒か青のペンではっきりと英語で記入してください）

*この割引運賃プログラムは“障害を持つアメリカ人法（ADA）”の必要要件ではありません。

トランジット・パス・オフィスはミドル・ストリート&カメハメハ・ハイウェイの角の
カリヒ・トランジット・センターにあります ザ・バス カスタマーサービス (808-848-5555 5 番を押す)

セクション 1: 申請者インフォメーション (インストラクションシート 1 枚目参照)

1a. Applicant's Name:

申請者名: LAST/姓 FIRST/名 MIDDLE INITIAL/ ミドルネームイニシャル
ル

1b. Address:

アドレス: CITY/市 STATE/州 ZIP CODE/郵便番号

1c. Phone Number: ()

電話番号:

1d. Birth Date:

誕生日:

MONTH, DAY, YEAR/ 月, 日, 年

セクション 2 : 申請者の資格基準 – 1 つのみ選択してください

申請者が 6 5 歳以上である場合は、シニア割引運賃HOLOカードを申請してください。

申請者が 6 5 歳以下のメディケアカード所持者である場合は、

メディケア割引運賃HOLOカードを申請してください。

申請者がSSIを受給している、または規定の低所得条件を満たしている場合は、

低所得者割引運賃HOLOカードを申請してください（詳細は電話808-768-7065まで）

申請者が 6 5 歳以下：（セクション 2 a と 2 b のなかで当てはまるもの一つにチェックしてください。

適性要件についてはインストラクションの 1 ページ目をお読みください。）

2a. アメリカ合衆国退役軍人省(VA)または社会保障身体障害保険Social Security Disability Insurance (SSDI)からの給付を受けている

DCAB発行の、現在有効なハワイ州障害者用駐車許可証を持っている

手足などの切断手術を受けた人

2b. 医療専門家により、署名した証明書（セクション 4）を提出できる

● この割引料金プログラムの受給条件はADAの定める障害者の定義とは同じものではありません。

● 医療専門家(HCP)の証明書があっても、申請者が必ずしも障害者割引の資格を得られるということではありません。

セクション 3 申請者の声明書 & 医療情報の開示許可

私は以下の事項を理解します: **1)** セクション 4 内における HCP 障害者証明書があっても、自動的に障害者割引を受けれるというわけではないこと。 **2)** 虚偽の情報を提供すると、私の割引運賃 HOLO カードが無効となる可能性があること **3)** セクション 4d の医療専門家による記入日から 30 暦日が経過した後には申請書が提出された場合、申請書は却下されること

私は、セクション 4 にて私の医療情報を開示することを許可します。

Applicant's Signature

申請者のサイン

Date 日付

申請者が 18 歳以下は親/保護者のサイン

申請者以外は申請者との関係/承諾のサイン

日付

FOR OFFICIAL USE ONLY - DO NOT WRITE IN THIS BLOCK 関係者用—ここには記入しないでください

Applicant Eligibility Approved. Resident Non-Resident Amount paid: \$_____

Application Not Processed: Reason: _____

Notes: _____

Processing clerk: _____

Date: _____



APPLICATION FORM - DISABILITY REDUCED FARE PROGRAM*

障害者割引運賃プログラム 申請書

Side 2 (to be completed by the Health Care Professional using black or blue ink only)

2 枚目 (医療専門家による記入エリア・黒か青のペンのみ使用)

*この割引運賃プログラムは“障害を持つアメリカ人法 (ADA)”の必要要件ではありません。

SECTION 4: SUPPORTING EVIDENCE OF DISABILITY BY A HEALTH CARE PROFESSIONAL (HCP) (See Instruction Sheet Side 2)

- For the purpose of this disability reduced fare program, a person with a disability does not follow the ADA definition for a person with a disability and is not an ADA requirement.
HCP shall be licensed in the State of Hawaii.
HCP shall certify disabilities only that the HCP is qualified & licensed to diagnose.
HCP shall certify disabilities based on medical evidence.
HCP certification of a disability does not assure that the Applicant will qualify for the disability reduced fare program.

4a. I certify that the Applicant (Name) _____

- is my patient,
is diagnosed with a disability which makes it significantly difficult to perform functions necessary to effectively use the city's transit system,
is reliant on the accessibility features in the city's transit system - disability impacts functional ability to use public transit service without such accommodations.

4b. Diagnosis & Description of How the Disability Impacts Applicant's Ability to Use the Public Transit System (do not write code only - see Instruction Sheet Side 2).

Blank lines for writing diagnosis and description.

4c. Permanent or Temporary: Expected duration of disability: ____ mos. (not less than 3 mos. & no more than 24 mos.)

4d. HCP Certification. As an HCP duly licensed in the State of Hawaii, I certify: 1) the Applicant is my Patient, 2) I completed this application with true & correct information. 3) I understand that providing false information are grounds for Licensing sanctions under HRS Chapter 436B.
Name: _____ Phone No: () _____
License No & Type: _____ Expiration Date: _____
(Acceptable Types: APRN, LCSW, MD, PSY, PT, OT)
Agency (Stamp): _____
Address: _____
City State Zip Code
Signature: _____ *Date: _____
*Applications are void if submitted after 30 days of this date.

Only unaltered original, completed, and signed applications are accepted for processing. No copies, faxes, or digital signatures.