



## INSTRUCTION SHEET – Person with a Disability HOLE Card Application 障害者ホロカード申請書 記入インストラクション

障害者HOLEカードの対象となる「障害者」の定義は、その人の持つ障害/コンディションのため、特別な設備、計画、またはデザインなしでは市営交通機関を効率良く利用することができない、また、著しい困難なしに、市営交通機関を利用するために必要な行動がとれない人、とします。

障害者HOLE Card は、申請者が障害者としての資格があることを、証明する書類/証拠が明確に示していると判断されたのちに、トランジットパスオフィスによって発行されるものとします。

### 申請の手順（黒か青のペンで、はっきりと英語で記入してください）

#### セクション 1：申請者の情報

ライン 1a：フルネームを記入する（姓、名、ミドルネームイニシャル）

ライン 1b：住所を記入（ストリート、市、州、ジップコード）

ライン 1c：エリアコードを含めた電話番号を記入。電話番号がない場合は“NONE”と書く。

ライン 1d：生年月日を記入（月、日、年）

#### セクション 2：申請者の資格要件\*\*

ライン 2a：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：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。

四肢のいずれかを切断された人：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が、「セクション 4：障害の証拠証明」を記入し、署名することにより、現在の障害の証拠を提供します。

\*\* 65歳以上の方はシニア割引の HOLE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、メディケア割引のHOLEカードを申請してください。

#### 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。

### **HEALTH CARE PROFESSIONAL INSTRUCTIONS (use black or blue ink only)**

#### セクション 4：医療専門家へのインストラクション

##### Section 4: Supporting Evidence of Disability by a Health Care Professional

Section 4 shall be completed & signed by a Health Care Professional licensed in the State of Hawaii as defined in HRS §451D-2. Certification of disability shall only be in the field(s) covered by the relevant Medical License. Health Care Professionals defined in HRS §451D-2 and recognized by the Department of Transportation Services includes physicians (HRS §453), naturopathic physicians (HRS §455), advanced practice registered nurses (HRS §457), podiatrists (HRS §463E), and psychologists (HRS §465).



## INSTRUCTION SHEET – Person with a Disability HOLO Card Application 障害者ホロカード申請書 記入インストラクション

### HEALTH CARE PROFESSIONAL INSTRUCTIONS continued from page 1

Line 4a: Print applicant's name. Lines 4a1 or 4a2: Select the Applicant's qualification category.

Line 4b: Diagnosis and description of disability/condition to certify Line 4a1 or Line 4a2 (do not write code only).

Specify the disability based on medical evidence to clearly demonstrate the Applicant's inability to effectively use the city's transit system without significant difficulty or special facilities, planning, or design.

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; temporary durations less than one month; limited-english proficiency, pregnancy; obesity; contagious diseases; substance/alcohol abuse/addiction; mental health conditions with subjective criteria or symptoms that are difficult to measure, in remission, or with indeterminate diagnosis; attention deficit disorder/attention deficit hyperactivity disorder.

Line 4c: Describe the special facility, planning, or design that the Applicant needs to effectively use the city's transit system due to the disability/condition specified in 4b.

Line 4d: Indicate if the Applicant's disability is Permanent or Temporary. For Temporary disabilities, indicate the expected duration in months not to exceed 24 months and not less than 1 month.

Box 4e: Print Name, Address, Phone No., License No., License Type, License Expiration Date.  
Use Agency stamp to identify Agency or Print Agency Name if Agency does not have a stamp.  
Signature of Health Care Professional to certify the Applicant's qualifying disability on this Application and date of signature. Digital signatures and faxed copies are not accepted. Transit Pass Office may conduct follow-up verification of signature.

### 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・サイン済みの申請書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

オフィス営業時間：月曜日～金曜日 朝7時半～午後4時 市の休日は休み

電話番号：808-848-5555 4番を押す

変更されていないオリジナルの全ての事項が記入され、サイン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、支料金未払い、またはボックス 4e 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。受け付ける 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

申請者の写真付障害者用 HOLO カードは、ランジット パス オフィスが補助書類を検査し、申請者がこの申請書の目的上、障害者として適格であると判断された後に発行されます。

有効期限は、ボックス 4e 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 4d の予想期間。



# APPLICATION for a PERSON WITH A DISABILITY HOLO CARD

Japanese

## 障害者 HOLO カード 申請書

トランジット・パス・オフィス- 電話: 808-848-5555 4 番

カリヒ・トランジット・センター ミドル・ストリート&カメハメハ・ハイウェイの角

### セクション 1: 申請者インフォメーション (黒か青のペンで はっきりと英語で記入してください)

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

1b. Address: \_\_\_\_\_  
住所 CITY 市 STATE 州 ZIP CODE ジップコード

1c. Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_ 1d. Birth Date: \_\_\_\_\_  
電話番号 生年月日 MONTH, DAY, YEAR 月、日、年

### セクション 2: 申請者の資格基準 - 1つだけチェックしてください

申請者が 65 歳以上の場合はシニア HOLO カードの申請をしてください。

申請者が 65 歳以下のメディケアカード所持者は、メディケア HOLO カードの申請をしてください。

申請者が 65 歳以下: (セクション 2a と 2b のなかで当てはまるもの一つだけを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 (Department of Veteran Affairs (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 発行のハワイ州障害者用駐車許可証を持っている

四肢のいずれかを切断した人

2b.  医療専門家による証明書を提出できる (セクション 4)

### セクション 3 申請者の声明書 & 医療情報の開示許可

私は、私の持つ障害やコンディションのため、特別な設備、計画、デザインなど無くしては市営交通機関を効率良く利用することができません。また、著しい困難なしに、市営交通機関を利用するために必要な幾つかの行動がとれません。私は以下の事項を理解します: 1) 虚偽の情報を提供すると、私の HOLO カードが無効となる可能性があること 2) セクション 4e の医療専門家による記入日から 30 暦日が経過した後に申請書が提出された場合、申請書は却下されること 3) HOLO カードは、トランジットパス事務局が、提出された証拠が私に障害者割引運賃の資格があることを明確に示していると判断したのちに発行される。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 \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's Signature if Applicant is under 18 Relationship/Authority, if other than the Applicant Date  
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

Health Care Professional License No: \_\_\_\_\_ Type: \_\_\_\_\_ Expiration Date: \_\_\_\_\_

Health Care Professional Signature Verification:  Sample on File  Follow-up with Agency  Other \_\_\_\_\_

Application Processed:  Permanent  Temporary: \_\_\_\_\_ months  Resident  Non-Resident

HOLO Card: Expiration Date: \_\_\_\_\_ HCP Section 4 Date: \_\_\_\_\_

Amount Paid \$ \_\_\_\_\_  Card Fee,  Stored Value,  Monthly Pass,  Annual Pass

Application Not Processed: Reason: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

(PROGRAM COORDINATOR)

医療専門家による記入エリア (use black or blue ink only)

(Section 4 instructions on pages 1-2 of Application Instruction Sheet)

**SECTION 4: SUPPORTING EVIDENCE OF DISABILITY BY A HEALTH CARE PROFESSIONAL**

*The Department of Transportation Services recognizes Health Care Professionals defined under HRS §451D-2 who are licensed to practice in the State of Hawaii and includes physicians (HRS §453), naturopathic physicians (HRS §455), advanced practice registered nurses (HRS §457), podiatrists (HRS §463E), and psychologists (HRS §465). Supporting evidence of disability shall be only in the fields covered by the Health Care Professional's State of Hawaii License.*

**4a. I certify that (Applicant's Name) \_\_\_\_\_ has a disability/condition under one of the following categories and requires special facilities, planning, or design to effectively use the city's transit system without significant difficulty.**

- 4a1.** The Applicant by reason of illness, injury, congenital malfunction, or other permanent or temporary incapacity or physical or mental disability, is unable, without special facilities or special planning or design, to utilize the city transit system.
- 4a2.** The Applicant has an incapacity or disability that results in the inability to perform one or more of the following functions necessary for the effective use of the city's transit system without significant difficulty:
  - Negotiating a flight of stairs, escalator or ramp;
  - Boarding or alighting from a city transit vehicle;
  - Reading informational signs (vision acuity related), or
  - Walking more than 200 feet.

**4b. Diagnosis & Description of Disability** (to certify checked box above – do not write code only)

\_\_\_\_\_

**4c. Specify the special facility, planning, or design the Applicant needs to use city transit.**

\_\_\_\_\_

**4d.  Permanent or  Temporary: Expected duration of disability: \_\_\_\_\_ months. (maximum 24 months)**

**4e. Health Care Professional Certification.** As a Health Care Professional duly licensed in the State of Hawaii, I understand that falsely certifying the Applicant's disability/condition for the purposes of this application form are grounds for Licensing sanctions under HRS Chapter 436B.

**Name:** \_\_\_\_\_ **Phone No:** ( ) \_\_\_\_\_

**License No:** \_\_\_\_\_ **License Type:** \_\_\_\_\_ **License Expiration Date:** \_\_\_\_\_

**Agency (Stamp):** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_ **City** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_ **Zip Code** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_ **\*Date:** \_\_\_\_\_

**\*Applications will be rejected 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.**