



APPLICATION INSTRUCTION SHEET - DISABILITY REDUCED FARE PROGRAM*

PAHINA NG INSTRUKSYON NG APLIKASYON -
PROGRAMA SA PINABABANG PAMASAHE NG MAY KAPANSANAN*

Side 1 (Mga Instruksyon ng Aplikante)

***Itong programa sa pinababang pamasaha ay hindi isang kinakailangan ng Americans with Disabilities Act (ADA).**

Seksyon 1: Impormasyon ng Aplikante (kumpletohin ang aplikasyon gamit lamang ang itim o asul na tinta)

Linya 1a: I-print ang Apelyido, Pangalan, Gitnang Inisyal **Linya 1b:** I-print ang Tirahan (Kalye, Lungsod, Estado, Zip Code) **Linya 1c:** I-print ang Area Code/Numero ng Telepono (Isulat ang "NONE" kung walang telepono #).

Linya 1d: I-print ang Buwan, Araw, Taon.

Seksyon 2: Elihibilidad ng Aplikante **

Linya 2a: Para sa elihibilidad sa ilalim ng seksyon na ito, **huwag kumpletuhin ang Seksyon 4 ng aplikasyon at magdala ng kinakailangang dokumentasyon sa Opisina ng Transit Pass.**

Department of Veteran Affairs (VA) Benipisyo ng mga May Kapansanan: Magsumite ng orihinal na sulat ng VA para sa isang kapansanan na may grado na 40% o mas mataas.

Benipisyong Social Security Disability Insurance (SSDI): Magsumite ng orihinal na liham bilang resibo ng SSDI

Disability Parking Permit: Magsumite ng orihinal na balidong Permit ID card na ibinigay ng DCAB.

Naputulan ng parte ng katawan: Walang dokumentasyon, personal na biswal na kompirasyon.

Linya 2b: Ang Health Care Professional (HCP) ng Aplikante ay kinumpleto, nilagdaan, at pinetsahan ang Seksyon 4.

- Para sa mga layuning ito ng programa ng binababang pamasaha ng may kapansanan, ang isang Taong may Kapansanan ay hindi sumusunod sa kahulugan ng ADA para sa isang indibidwal na may kapansanan at hindi ito isang kinakailangan ng ADA.
- Ang pagkakaroon ng isang kapansanan ay hindi nakatitiyak na ang Aplikante ay magiging karapat-dapat para sa pinababang pamasaha ng may kapansanan.
- Ang Seksyon 4b ay naglalarawan ng koneksyon sa pagitan ng diagnosis at kakayahang gumamit ng pampublikong sasakyan.
- Ang isang HOLO card ng pinababang pamasaha ay binibigay kapag ang sumusuportang ebidensya ng kapansanan ay malinaw na nagpapakita ng pagiging karapat-dapat ng Aplikante.

** Mga indibidwal na 65 taon gulang o mas matanda: Mag-apply para sa isang HOLO Card ng pinababang pamasaha ng Senior.

** Mga Cardholder ng Medicare na wala pang 65 taong gulang: Mag-apply para sa isang HOLO Card ng Pinababang Pamasaha ng Medicare.

** Ang aplikante ay tumatanggap ng mga benipisyo ng SSI o nakakatugon sa mga kinakailangan sa mababang kita: Mag-apply para sa isang HOLO Card ng Pinababang Pamasaha ng Mababa ang Kita (tumawag sa 808-768-7065 para sa mga detalye).

Seksyon 3: Pahayag at Awtorisasyon ng Aplikante para Ilabas ang Impormasyong Medikal. Basahin, Lagdaan, at Petsa

PROSESO NG APLIKASYON (Gumamit lamang ng itim o asul na tinta para kumpletohin ang aplikasyon)

Isumite ang nakumpleto/nilagdaang aplikasyon ng PERSONAL sa Opisina ng Transit Pass

Matatagpuan sa Kalihi Transit Ctr, kanto ng Middle St & Kamehameha Hwy – Telepono Blg: 808-848-5555

(pindutin ang 5). Oras ng Opisina: Lunes hanggang Biyernes, 7:30 NU hanggang 4 NH, sarado sa lahat ng mga Pista Opisyal ng Siyudad (dapat nasa linya ng 3:30 NH).

Tanging ang hindi nabagong orihinal, nakumpleto, at nilagdaang mga aplikasyon ang tinatanggap para sa pagproseso.

Walang mga kopya, mga fax, o mga digital na lagda.

Ang mga aplikasyon ay hindi ipoproseso kung hindi kumpleto, nawawala ang kinakailangang dokumentasyon, ID, bayad, o isinumite pagkatapos ng 30 kalendaryong araw sa petsa ng HCP sa Kahon 4d.

Ang isang opisyal, balidong pagkakakilanlan na may larawan (ID) ay kinakailangan para sa patunay ng pagkakakilanlan, petsa ng kapanganakan, at estado ng pagiging residente ng *Hawaii, tulad ng lisensya sa pagmamaneho, state ID, pasaporte, permanenteng residente/resident alien ID, pederal na kinikilalang Indian tribal ID. *Ang paninirahan sa Hawaii ay mapapatunayan ng Hawaii State ID o Lisensya sa Pagmamaneho.

Cash o credit card lamang ang tinatanggap para sa pagbabayad.

Ang mga Karapat-dapat na Aplikante ay binibigyan ng HOLO Card ng Pinababang Pamasaha ng May Kapansanan na may larawan. Ang pagtatapos para sa pagiging kwalipikado sa Seksyon 2a ay 4 na taon mula sa petsa ng pag-isyu & ang pagtatapos para sa Seksyon 4 ay batay sa petsa ng HCP sa Kahon 4d (Ang permanenteng kapansanan ay 4 na taon at ang pansamantalang kapansanang inaasahang tagal sa Linya 4c).

Ang mga aplikante ay maaaring mag-apela sa mga determinasyon na hindi sila kuwalipikado para sa pinababang pamasaha ng may kapansanan.

(Details on side 2 Mga detalye sa side 2)



APPLICATION INSTRUCTION SHEET - DISABILITY REDUCED FARE PROGRAM*

PAHINA NG INSTRUKSYON NG APLIKASYON -
PROGRAMA SA PINABABANG PAMASAHE NG MAY KAPANSANAN*
Side 2 (Health Care Professional Instructions & Appeal Process)

Side 2 (Mga Instruksyon sa Propesyonal sa Pangangalagang Pangkalusugan & Proseso ng Apela)

*Itong programa sa pinababang pamasahé ay hindi isang kinakailangan ng Americans with Disabilities Act (ADA).

Section 4: Supporting Evidence of Disability by a Health Care Professional (HCP)

(complete Application Form using black or blue ink only)

Seksyon 4: Suportang Katibayan ng Kapansanan ng isang Health Care Professional (HCP)

(kumpletihin ang Aplikasyon gamit lamang ang itim o asul na tinta)

- 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.

PROSESO NG APELA NG APLIKANTE

Ang mga aplikante ay maaaring mag-apela sa mga determinasyon na hindi sila kwalipikado para sa pinababang pamasahé ng may kapansanan sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa Department of Transportation Services (DTS) sa loob ng 30 kalendaryong araw ng petsa ng determinasyon sa pamamagitan ng pagtawag sa 808-768-8370 o pag-email sa thebusstop@honolulu.gov upang makakuha ng mga instruksyon sa paghahain ng apela.

Ang petsa ng determinasyon ay matatagpuan sa kahon na "para sa opisyal na paggamit" sa side 1 ng aplikasyon na hindi naproseso at isang kopya ang ibinalik sa Aplikante.



APPLICATION FORM - DISABILITY REDUCED FARE PROGRAM*

PORMULARYO NG APLIKASYON –

PROGRAMA SA PINABABANG PAMASAHE NG MAY KAPANSANAN*

Side 1 (kukompletohin ng Aplikante gamit lamang ang itim o asul na tinta)

*Itong programa sa pinababang pamasaha ay hindi isang kinakailangan ng Americans with Disabilities Act (ADA).

Opisina ng Transit Pass matatagpuan sa Kalihi Transit Center. (Kanto ng Middle St. & Kamehameha Hwy.)
TheBus Customer Service (808-848-5555 pindutin ang 5)

SEKSYON 1: IMPORMASYON NG APLIKANTE (tingnan ang Pahina ng Instruksyon – Side 1)

Pangalan ng Aplikante:

1a. Applicant's Name: _____
LAST/APELYIDO FIRST/PANGALAN MIDDLE INITIAL/GITNANG

Tirahan:

1b. Address: _____
CITY/LUNGSOD STATE/ ESTADO ZIP CODE

Numero ng Telepono:

Petsa ng Kapanganakan:

1c. Phone Number: () _____ **1d. Birth Date:** _____
MONTH, DAY, YEAR/ BUWAN, ARAW, TAON

SEKSYON 2: ELEHIBILIDAD NG APLIKANTE – I-tsek lamang ang isang (1) Kahon sa 2a o 2b

Ang aplikante ay 65 taong gulang o mas matanda, mag-apply para sa isang HOLO Card ng Pinababang Pamasaha ng Senior.

Ang aplikante ay isang Medicare Cardholder na wala pang 65 taong gulang, mag-apply para sa isang HOLO Card ng Pinababang Pamasaha ng Medicare.

Ang aplikante ay tumatanggap ng mga benepisyo ng SSI o nakakatugon sa mga kinakailangan sa mababang kita: Mag-apply para sa HOLO Card ng Pinababang Pamasaha ng Mababang Kita (tumawag sa 808-768-7065 para sa mga detalye).

Ang aplikante ay wala pang 65 taong gulang - I-tsek lamang ang isang (1) kahon 2a o 2b (tingnan ang mga instruksyon para sa mga kinakailangan).

2a. tumatanggap ng mga benepisyo ng Department of Veteran Affairs (VA) o Social Security Disability Insurance (SSDI).

may balidong State of Hawaii Disability Parking Permit Card na inisyu ng DCAB.

ay isang naputulan ng parte ng katawan (binti/paa, braso/kamay).

2b. magsumite ng kinumpleto at nilagdaang Seksyon 4 ng isang Health Care Professional (HCP- Propesyonal sa Pangangalagang Pangkalusugan).

- ang elihibilidad para sa pinababang pamasaha ay hindi sumusunod sa kahulugan ng ADA ng isang indibidwal na may kapansanan.

- Ang sertipikasyon ng HCP ay hindi nagseseguro na ang Aplikante ay magiging kwalipikado para sa pinababang pamasaha ng may kapansanan.

SEKSYON 3: PAHAYAG & AWTORISASYON NG APLIKANTE NA ILABAS ANG IMPORMASYONG MEDIKAL

Aking kinikilala: **1)** ang sertipikasyon ng HCP ng isang may kapansanan sa Seksyon 4 ay hindi awtomatikong nagkwakwalipika sa akin para rito sa programa ng pinababang pamasaha, **2)** ang maling impormasyon ay maaaring magpawalang-bisa sa aking HOLO card ng pinababang pamasaha, **3)** ang aking aplikasyon ay tatanggihan kung hindi kumpleto o isinumite pagkatapos ng 30 kalendaryong araw ng petsa ng HCP sa 4d.

Aking pinapahintulutan ang pagpapalabas ng aking impormasyong medikal sa Seksyon 4.

Lagda ng Aplikante _____ Petsa _____

Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga kung ang Aplikante ay wala pang 18 Relasyon/Awtoridad, kung iba sa Aplikante _____ Petsa _____

FOR OFFICIAL USE ONLY - DO NOT WRITE IN THIS BLOCK	
PARA SA OPISYAL NA PAGGAMIT LAMANG - HUWAG MAGSULAT SA BLOKENG ITO	
<input type="checkbox"/> Applicant Eligibility Approved.	<input type="checkbox"/> Resident <input type="checkbox"/> Non-Resident Amount paid: \$ _____
<input type="checkbox"/> Application Not Processed: Reason: _____	
Notes: _____	
Processing clerk: _____	Date: _____



APPLICATION FORM - DISABILITY REDUCED FARE PROGRAM*
PORMULARYO NG APLIKASYON –
PROGRAMA SA PINABABANG PAMASAHE NG MAY KAPANSANAN*

Side 2 (to be completed by the Health Care Professional using black or blue ink only)
Side 2 (kukumpletuhin ng Propesyonal sa Pangangalagang
Pangkalusugan gamit lamang ang itim o asul na tinta)

***This reduced fare program is not an Americans with Disabilities (ADA) requirement.**
***Itong programa sa pinababang pamasah ay hindi isang kinakailangan ng Americans with Disabilities Act (ADA).**

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).

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.