



# APPLICATION INSTRUCTION SHEET - DISABILITY REDUCED FARE PROGRAM\*

PAKABASAAN ITI INSTRUKSION ITI APLIKASION -

PROGRAMA A MANGIPALAKA ITI PLETE PARA KADAGITI ADDAAN TI DISABILITY\*

## Side 1 (Instruksion iti Aplikante)

**\*Daytoy a programa a mangipalaka iti plete ket saan a kasapulan iti Americans with Disabilities Act (ADA).**

### **Seksion 1: IMPORMASION ITI APLIKANTE (kompletuen ti aplikasion babaen ti panagaramat iti nangisit wenko asul a tinta laeng)**

**Linia 1a:** Iprinta ti Apiliedo, Nagan, Nagtengnga Nga Inisial **Linia 1b:** Iprinta ti adres: (Kalsada, Siudad, Estado, Zip Code) **Linia 1c:** Iprinta ti Area Code/Numero ti Telepono (Isurat ti "AWAN" no awan ti numero ti telepono). **Linia 1d:** Iprinta ti Bulan, Aldaw, Tawen

### **Seksion 2: Kinakualipikado ti Aplikante\*\***

**Linia 2a: Para iti kualipikasion iti babaen daytoy a seksion, saan a kompletuen ti Seksion 4 ti aplikasion ken idatag dagiti kasapulan a dokumentasion iti Transit Pass Office**

Department of Veteran Affairs (VA) Disability Benefits: Idatag ti orihinal a surat ti VA para iti maysa a disability a nagraduan iti 40% wenko dakdakkel.

Social Security Disability Insurance Benefits (SSDI): Idatag ti orihinal a surat a maited itis SSDI

Disability Parking Permit: Idatag iti DCAB ti orihinal a balido a Permit ID card.

Dagiti naputolan iti saka wenko ima: Saanen a masapul ti dokumentasion, personal a makita para iti kompirmasion.

**Linia 2b: Ti Health Care Professional (HCP) ti Aplikante ti mangkompleto, mangpirma, ken mangisurat ti petsa iti Seksion 4.**

- Para iti panggep daytoy a programa a mangipalaka ti plete kadagiti addaan disability, ti Tao nga addaan Disability ket saanna a suroten ti depinision ti ADA para iti tao nga addaan disability & saan a kasapulan iti ADA.
- Ti kaadda ti disability ket saanna nga isiguro a ti Aplikante agbalin a kualipikado para iti maipalaka a plete dagiti addaan iti disability.
- Ti Seksion 4 ket ilanadna ti koneksion iti nagbaetan ti diagnosis ken no makabael nga agaramat iti pangpubliko a pagluganan.
- Ti naipalaka a plete iti HOLO card ket maited no dagiti kasapulan nga ebidensia iti kaadda ti disability ket nalawag nga ipakitana a kualipikado ti Aplikante.

\*\* Dagiti individual nga agtawen iti 65 agpangato: Agaplikar para iti naipalaka a plete a Senior HOLO Card

\*\* Dagiti Medicare Cardholders nga awan pay 65 a tawenna: Agaplikar para iti maipalaka a plete a Medicare HOLO Card.

\*\* Adda aw-awaten a benepisio iti SSI ti aplikante wenko nababa ti sueldo wenko mapaspastrekna: Agaplikar para iti Low Income Reduced Fare HOLO Card (umawag iti 808-768-7065 para iti detalye).

### **Seksion 3: Palawag ti Aplikante ken Pammalubos a Maruk-atan ti Medical nga**

#### **Impormasion**

Basaen, Pirmaan, ken Petsa

#### **PROSESO TI APLIKASION (Agaramat laeng iti nangisit wenko asul a tinta iti panangkompleto ti aplikasion)**

PERSONAL nga idatag ti nakompleto/pirmado nga aplikasion iti Transit Pass Office.

Masarakan iti Kalihi Transit Ctr. kanto ti Middle St. & Kamehameha Hwy – Numero ti Telepono: 808-848-5555 (italmeg ti 5)

Oras ti Opisina: Lunes agingga iti Biernes, alas 7:30 iti bigat agingga iti alas 4 iti malem.

**Dagiti laeng awan ti alterasionna, kompleto, ken pirmado nga aplikasion ti maawat a maproseso.**

**Saan a mabalin ti kopia, nai-fax, wenko digital a pirma.**

**Saan a maproseso dagiti aplikasion no saan a kompleto, no agkurang dagiti kasapulan a dokumentasion, ID, bayad, wenko naidatag kalpasan ti 30 nga aldaw manipud iti petsa ti HCP iti Kahon 4d.**

Masapul ti opisial, balido nga ID nga addaan ladawan a mangpaneknek iti kiniasiasino, aldaw ti pannakayanak, ken ti \*Status iti Kinaresidente iti Hawaii, kas iti lisensia iti panagmaneho, ID iti Estado, pasaporte, permanente e residente/resident alien ID, dagiti Indian tribal ID a bigbigen ti Federal. \*Ti panagnaed iti Hawaii kas paneknekan ti Hawaii State ID wenko Lisensia iti Panagmaneho.

Ti laeng maawat a pagbayad ket cash wenko credit card.

Dagiti Kualipikado nga Aplikante ket maikkan iti Disability Reduced Fare HOLO Card nga addaan ladawan. Ti panagpaso no kualipikado para iti Seksion 2a ket 4 tawen manipud iti petsa ti pannakaidda & ti panagpaso para iti Seksion 4 ti maibasar iti petsa ti HCP iti Kahon 4d (Permanente a kaadda ti disability ket 4 a tawen & ti temporario a kaadda ti disability ti manamnama nga agpaut iti Line 4c.

**Mabalin dagiti aplikante a yapela ti pangeddeng a saanda a kualipikado para iti naipalaka a plete para kadagiti addaan iti disability.  
(Details on side 2 / Detalye iti side 2)**



**APPLICATION INSTRUCTION SHEET - DISABILITY REDUCED FARE PROGRAM\***  
**PAKABASAAN ITI INSTRUKSION ITI APLIKASION - PROGRAMA A MANGIPALAKA ITI PLETE PARA  
 KADAGITI ADDAAN ITI DISABILITY\***

**Side 2 (Health Care Professional Instructions & Appeal Process)**  
 Side 2 (Instruksion dagiti Health /Care Professional & Proseso iti Panagapela)

\*Daytoy a programa a mangipalaka iti plete ket saan a kasapulan iti 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)

**Seksion 4: Panguporta nga Ebidensia iti Kaadda iti Disability babaen ti Health Care  
 Professional (HCP)**

(Kompletuen ti Pormas ti Aplikasion babaen ti panagaramat laeng iti nangisit wenno asul a 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 NO AGAPELA TI APLIKANTE**

Dagiti aplikante ket mabalinda a yapela ti pangeddeng a saanda a kualipikado para iti naipalaka a plete dagiti addaan iti disability babaen ti panangkontak iti Department of Transportation Service (DTS) iti uneg ti 30 nga aldaw manipud iti pannakayulog ti pangeddeng babaen ti yaawag iti 808-768-8370 wenno ag-email iti [thebusstop@honolulu.gov](mailto:thebusstop@honolulu.gov) tapno makaawat iti instruksion no kasano ti agapela.

Ti petsa a pannakayulog ti pangeddeng ket makita iti paset a “para iti opisial laeng a pannakaaramat” a kahon iti side 1 iti aplikasion a saan a naproseso ken ti kopia ti naisubli iti Aplikante.



APPLICATION FORM - DISABILITY REDUCED FARE PROGRAM\*
PORMAS ITI APLIKASION –
PROGRAMA A MANGIPALAKA ITI PLETE PARA KADAGITI ADDAAN DISABILITY\*

Side 1 (kompletuen ti Aplikante babaen ti panagaramat iti nangisit wenno azul a tinta laeng)

\* Daytoy a programa a mangipalaka iti plete ket saan a kasapulan iti Americans with Disabilities Act (ADA).

Masarakan ti Transit Pass Office iti Kalihi Transit Center (Kanto ti Middle St. & Kamehameha Hwy)
TheBus Customer Service (808-848-5555, italmeg ti 5)

SEKSION 1: IMPORMASION ITI APLIKANTE (kitaen ti Side 1 -- Nakaisuratan ti Instruksion)

Nagan ti Aplikante:

1a. Applicant's Name:

LAST/ APILEDIO

FIRST/ NAGAN

MIDDLE INITIAL/ AGTENGENGA INISIAL

Adres:

1b. Address:

CITY/ SIUDAD

STATE/ ESTADO

ZIP CODE

Numero ti Telepono:

1c. Phone Number: ( )

Petsa ti Pannakayananak:

1d. Birth Date:

MONTH, DAY, YEAR/ BULAN, ALDAW, TAWEN

SEKSION 2: NO KUALIPIKADO TI APLIKANTE – Tsekan laeng ti maysa (1) Kahon iti 2a wenno 2b

Ti aplikante ket agtawen iti 65 wenno nasursurok pay, agaplikar para iti Senior Reduced Fare HOLO Card
Ti aplikante ket Medicare Cardholder nga awan pay 65 a tawenna, agaplikar para iti Medicare Reduced Fare HOLO Card
Ti aplikante ket agaw-awat ti benepisio iti SSI wenno nababa ti sueldo wenno mapaspastreka: Agaplikar para iti Low Income Reduced HOLO Card (umawag iti 808-768-7065 para iti detalye).

Ti aplikante ket awan pay 65 ti tawenna – Tsekan laeng ti maysa (1) a kahon iti 2a wenno 2b (basaen ti instruksion para kadagiti kasapulan).

- 2a. [ ] adda aw-awatenna a benepisio iti Department of Veteran Affairs (VA) wenno iti Social Security Disability Insurance (SSDI)
[ ] addaan iti balido nga State of Hawaii Disability Parking Permit Card nga inted ti DCAB.
[ ] naputolan (luppo/saka, takiag/ima).
2b. [ ] mangidatag iti Seksion 4 a kompleto ken pirmado iti Health Care Professional (HCP)
• kualipikado para iti maipalaka a plete saanna a suroten ti depenision ti ADA para iti individual nga addaan iti disability.
• Ti sertipikasion ti HCP ket saanna nga isiguro a kualipikado ti Aplikante para iti maipalaka a plete para kadagiti addaan iti disability.

SEKSION 3: PALAWAG TI APLIKANTE & PAMMALUBOS A MARUK-ATAN TI MEDICAL NGA IMPORMASIONNA

Patalgedak: 1) Ti sertipikasion ti HCP a ti kinaadda ti disability iti Seksion 4 ket saan nga automatiko nga agbalinak a kualipikado para iti programa ti maipalaka a plete, 2) ti falso nga impormasion a maited ket mabalina a pakaibabawyan ti HOLO reduced fare card, 3) ti aplikasionko ket mabalina a saan a mapatgan no saan a kompleto wenno naidatag kalpasan iti 30 nga aldaw manipud iti petsa ti HCP iti 4d.

Ipalubosko a maruk-atan ti medikal nga impormasionko iti Seksion 4.

Pirma ti Aplikante

Petsa

Pirma ti Nagannak/Agay-aywan no awan pay 18 ti edad ti Aplikante

Relasion/Pammalubos, no saan a ti Aplikante

Petsa

FOR OFFICIAL USE ONLY - DO NOT WRITE IN THIS BLOCK

PARA LAENG ITI OPISIAL A PANNAKAARAMAT – SAAN A SURATAN DAYTOY A PASET

[ ] Applicant Eligibility Approved. [ ] Resident [ ] Non-Resident Amount paid: \$ \_\_\_\_\_

[ ] Application Not Processed: Reason: \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

Processing clerk: \_\_\_\_\_

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



**APPLICATION FORM - DISABILITY REDUCED FARE PROGRAM\***  
PORMAS ITI APLIKASION –  
PROGRAMA A MANGIPALAKA ITI PLETE PARA KADAGITI ADDAAN TI DISABILITY\*\*

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

Side 2 (kumpletuen iti Health Care Professional babaen iti panagaramat laeng iti nangisit wenno asul a tinta)

**\* Daytoy a programa a mangipalaka iti plete ken saan a kasapulan iti 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.**