



申请

TheBus 残障人士识别卡或通行证

TheBus Pass Office (通行证办公室), 欧胡岛交通运输服务公司 (OTS)

Kalihi Transit Center (卡历黑公交中心)

Middle Street (中街) 和 Kamehameha Highway (卡美哈美哈公路) 两条街道转角处

电话: 848-5555 按 4

请用英语工整填写

第一部分: 申请人信息

1. 申请人姓名: _____
姓 名 中间名缩写

2. 电话号码: (_____) _____ 3. 电子邮件: _____

4. 地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____

5. 出生日期: _____ 6. 申请日期: _____
月·日·年 提交日期

7. 申请人申明以及对披露医疗信息的授权

本人申明所提供的信息尽我所知均为真实、正确信息;
本人承认在申请表上提供虚假信息会造成识别卡或通行证无效。
本人也授权本人的医疗专业人士(在夏威夷州持有执照)
披露所需的医疗信息以进行此份申请的处理。
本人承认医疗专业人士认证(HCPC)日期的有效期仅为30天,
如果此申请在超过HCPC日期之后的30天提交,将会被拒。

X _____
申请人签名 日期

FOR OFFICIAL USE ONLY - DO NOT WRITE IN THIS BLOCK

Health Care Professional License Verification: License Status: _____ Expiration Date: _____

Health Care Professional Signature Verification: Sample on File Agency Faxed Sample Other _____

Application Processed: Permanent Temporary: _____ months HCPC Date: _____

ID Card Pass Expiration Date: _____ Amount Paid \$ _____

Application Not Processed: Reason: _____

Signature: _____ Date: _____
(PROGRAM COORDINATOR)

第一部分

第二部分：持有执照的医疗专业人士认证：

医疗专业人士包括临床社会工作者、职业治疗师、理疗医师、物理治疗师、康复专家、医生、注册护士、心理学家或类似专业人士。这些专业人士持有在夏威夷州执业的正式执照。

8a. I certify that (Applicant's Name) _____ qualifies for TheBus Person with Disability Identification Card or Pass under one of the following categories:

- The Applicant by reason of illness, injury, advanced age, congenital malfunction or other permanent or temporary incapacity or disability, is unable without special facilities or special planning or design to utilize the city bus system as effectively as a person who is not so affected.
- The Applicant has a physical or mental disability which clearly demonstrates that the person experiencing such disability is unable, without difficulty or assistance, to utilize the city bus system.
- The Applicant has an incapacity or disability which results in the inability to perform one or more of the following functions necessary for the effective use of the city bus system's facilities without significant difficulty (check all that apply):
 - Negotiating a flight of stairs, escalator or ramp;
 - Boarding or alighting from a city transit bus;
 - Reading informational signs; or
 - Walking more than 200 feet.

8b. Description of Disability: _____
(to certify checked box above – do not write code only)

8c. Permanent or Temporary (Expected duration of disability: _____ months.)

8d. Health Care Professional Certification. As a Health Care Professional duly licensed in the State of Hawaii, I understand that falsely certifying that the Applicant is qualified for the purposes of this application form are grounds for Licensing sanctions under HRS 436B.

Name: _____ Phone No: () _____

Agency (Stamp): _____ License No: _____

Address: _____ License Expiration Date: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ *Date: _____

*此份 TheBus 残障人士识别卡或通行证申请的过期日取决于医疗专业人士认证日期。

第二部分



申请说明

TheBus 残障人士识别卡或通行证

第一部分：申请人 说明一 请用英语工整填写

1. 申请人姓名：请工整填写您的姓名（姓、名、中间名缩写）。
2. 电话号码：请工整填写您的电话号码。如果您没有电话号码，请写 NONE（无）。
3. 电子邮件可写可不写。OTS 仅会在就残障公车卡事宜联系您时使用电子邮件。
4. 地址：请工整填写您的地址。
5. 出生日期：请工整填写月、日、年。
6. 申请日期：请填入您亲自提交申请的日期（请在医疗专业人士认证日期之后的 30 天内提交您的申请）。
7. 申明以及对披露医疗信息的授权：请签名以核实您所提供的信息为正确信息；授权您的医疗专业人士完整填写第二部分并披露医疗信息（所提供的医疗信息仅会用于决定获取残障人士公车识别卡或通行证的资格）；并承认如果此申请在超过医疗专业人士认证日期之后的 30 天提交，将会被拒。

第二部分：持有执照的医疗专业人士认证说明（请向您的医疗专业人士出示此部分）

- 8a. Certify Applicant's disability by checking the appropriate category box.
- 8b. Describe disability to certify the category box checked in 8a (do not write disability codes only).
- 8c. Indicate if the Applicant's disability is Permanent or Temporary. For Temporary disabilities indicate the expected duration in months.
- 8d. Print Name, Address, Phone No., License No., and License Expiration Date.
Use Agency stamp to identify Agency or Print Agency name if Agency does not have a stamp.
Signature to certify the Applicant's qualifying disability on this Application & date of signature.

TheBus残障人士识别卡或通行证申请应该由申请人亲自在 TheBus PASS OFFICE（通行证办公室）提交。

1. 只有完整填写、已签名的申请表原件会被接受处理。不接受复印件。（未填写完整的申请将不予处理。请在每行完整填写真实/正确的信息）
2. 必须持有正式有效的带照身份证以证实身份（可接受的证件类型包括驾照、州颁发的身份证、护照以及其他政府机关颁发的身份证）。
3. 现金、机构支票或信用卡付款——不接受个人支票。
4. 过期日取决于医疗专业人士认证日期。
5. TheBus Pass Office（通行证办公室）位于Kalihi Transit Center（卡历黑公交中心），Middle Street（中街）和 Kamehameha Highway（卡美哈美哈公路）两条街道转角处。
办公时间：周一到周五，上午7:30到下午4:00（城市假日休息）
电话号码：(808) 848-5555按4