



APLIKASYON
TheBus TARHETA NG PAGKAKAKILANLAN O PASS NG TAONG MAY KAPANSANAN
TheBus Pass Office, Oahu Transit Services, Inc. (OTS)
Kalihi Transit Center
Panulukan ng Middle Street & Kamehameha Highway
Telepono: 848-5555 pindutin ang 4

PAKI SULAT NANG MALINAW SA INGLES

SEKSYON 1: IMPORMASYON NG APLIKANTE

1. Pangalan ng Aplikante: _____

APELYIDO
PANGALAN
MIDDLE INISYAL

2. Telepono: () _____ **3. Email:** _____

4. Tirahan: _____
Lungsod: _____ **Estado:** _____ **Zip Code:** _____

5. Kapanganakan: _____ **6. Petsa ng Aplikasyon:** _____

BUWAN, ARAW, TAON
PETSA NG PAGESUSUMITE

7. DEKLARASYON AT AWTORISASYON NG APLIKANTE PARA IBIGAY ANG IMPORMASYONG MEDIKAL

Ipinapahayag ko, na ang impormasyong ibinigay ay totoo at tumpak sa abot ng aking kaalaman; at kinikilala ko na ang pagbibigay ng maling impormasyon sa aplikasyong ito ay maaaring mapawalang-bisa ang ID card o pass.

Pinapahintulutan ko rin ang aking Health Care Professional (lisensyado sa Estado ng Hawaii) na ibigay ang impormasyong medikal na kinakailangan upang maproseso ang aplikasyong ito.

Kinikilala ko, na ang petsa ng Health Care Professional Certification (HCPC) ay may bisa lamang ng 30 kalendaryong araw at ang aplikasyong ito ay tatanggihan kung isumite pagkalipas ng 30 kalendaryong araw sa petsa ng HCPC.

X _____
 LAGDA NG APLIKANTE

 Petsa

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)

SEKSYON 2: SERTIPIKASYON NG LISENSIYADONG HEALTH CARE PROFESSIONAL:

Kasama sa Health Care Professional ang clinical social worker, occupational therapist, psychiatrist, physical therapist, espesyalista sa rehabilitasyon, medikal na doktor, rehistradong nurse, sikolohista o katulad na propesyon, na lisensyado nang may karapatang magsanay sa Estado ng Hawaii.

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:** _____

***Ang Petsa ng Pagkawalang-bisa ng aplikasyong ito para sa TheBus Tarheta ng Pagkakakilanlan o Pass ng Taong may Kapansanan ay batay sa petsa ng Health Care Professional Certification.**



PAHINA NG INSTRUKSYON NG APLIKASYON
TheBus TARHETA NG PAGKAKAKILANLAN O PASS NG TAONG MAY KAPANSANAN

SEKSYON 1: MGA INSTRUKSYON SA APLIKANTE – PAKI SULAT NANG MALINAW SA INGLIS

1. **Pangalan ng Aplikante:** I-print ang Pangalan (Apelyido, Pangalan, Middle Inisyal).
2. **Telepono:** I-print ang iyong telepono. Kung wala kang telepono isulat “NONE.”
3. **Ang Email ay opsyonal.** Gagamitin LANG ito ng OTS para kontakin ka sa mga kadahilangang Disability Bus Pass.
4. **Tirahan:** I-print ang iyong tirahan.
5. **Kapanganakan:** I-print ang buwan, araw, taon.
6. **Petsa ng Aplikasyon:** Isulat ang petsa na isusumite ang aplikasyon ng personal. (Isumite ang iyong aplikasyon sa loob ng 30 kalendaryong araw sa petsa ng Health Care Professional Certification).
7. **Deklarasyon at Awtorisasyon para Ibigay ang Impormasyong Medikal:** Lagda upang mapatunayan ang impormasyon na iyong ibinigay ay tama; pahintulutan ang iyong health care professional na kumpletuhin ang Seksyon 2 & ibigay ang impormasyong medikal (ang impormasyong medikal na ibinigay ay gagamitin lamang upang matukoy ang pagiging karapat-dapat para sa isang tarheta ng pagkakakilalan o pass sa bus ng may kapansanan); at kilalanin na ang aplikasyong ito ay tatanggihan kung isinumite pagkatapos ng 30 kalendaryong araw sa petsa ng Health Care Professional Certification.

SEKSYON 2: MGA INSTRUKSYON SA SERTIPIKASYON NG LISENSIYADONG HEALTH CARE PROFESSIONAL (IPAKITA ANG PARTENG ITO SA INYONG HEALTH CARE PROFESSIONAL)

- 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.

Ang TheBus TARHETA NG PAGKAKAKILANLAN O PASS NG TAONG MAY KAPANSANAN AY DAPAT ISUMITE NG PERSONAL NG APLIKANTE SA OPISINA NG TheBus PASS.

1. Tanging ang orihinal, nakumpleto, at pirmedong mga aplikasyon ang tatanggapin para sa pagproseso. Walang mga kopya. (Ang mga hindi kumpletong aplikasyon ay HINDI mapoproseso. Kumpletuhin ang lahat ng mga linya na may totoo /tumpak na impormasyon)
2. Ang isang opisyal, may bisang pagkakakilanlan na may larawan (ID) ay kinakailangan para patunay ng pagkakakilanlan (Ang mga katanggap-tanggap na uri ng ID ay kasama ang lisensya sa pagmamaneho, ID ng estado, pasaporte, iba pang mga ID ng ahensya ng gobyerno).
3. Pera, institusyonal na tseke, o credit card para pambayad – Hindi tumatanggap ng mga personal na tseke.
4. Ang Petsa ng Pagkawalang-bisa ay batay sa petsa ng Health Care Professional Certification.
5. Ang Opisina ng TheBus Pass ay matatagpuan sa Kalihi transit Center, sa panulukan ng Middle St & Kamehameha Hwy
Mga Oras ng Opisina: Lunes – Biyernes, 7:30 n.u. – 4:00 n.h.
(Sarado sa mga Pista Opisyal ng Siyudad) Telepono (808) 848-5555 pindutin ang 4