



**INSTRUCTION SHEET – Person with a Disability HOLO Card Application**  
**PAHINA NG INSTRUKSYON –**  
**APLIKASYON para sa TAONG MAY KAPANSANAN HOLO CARD**

Tagalog

Para maging kwalipikado para sa Disability HOLO Card na pinababang pamasaha, ang isang Taong may Kapansanan ay tinukoy bilang isang indibidwal na, dahil sa isang kapansanan/kondisyon, ay hindi magagamit ang sistema ng city transit nang epektibo nang walang mga espesyal na pasilidad, pagpapalano, o disenyo, na nagreresulta ng hindi magawa ang ilang partikular na gawain na kinakailangan para sa epektibong paggamit ng sistema ng city transit nang walang matinding kahirapan.

Ang Taong may Kapansanan HOLO Card ay i-iisyu ng Opisina ng Transit Pass sa determinasyon na ang mga suportang dokumentasyon/ebidensya ay malinaw na nagpapakita na ang Aplikante, para sa mga layunin ng Aplikasyon na ito, ay kwalipikado bilang isang Taong May Kapansanan.

**MGA INSTRUKSYON SA APLIKANTE**

**(I-print nang malinaw sa Ingles at gumamit lamang ng itim o asul na tinta)**

**Seksyon 1: Impormasyon ng Aplikante**

Linya 1a: I-print ang iyong buong pangalan (Apelyido, Pangalan, Gitnang Inisyal).

Linya 1b: I-print ang iyong kumpletong tirahan (Kalye, Lungsod, Estado, Zip Code)

Linya 1c: I-print ang iyong area code at numero ng telepono. Isulat ang "NONE", kung walang numero ng telepono.

Linya 1d: I-print ang petsa ng iyong kapanganakan (Buan, Araw, Taon).

**Seksyon 2: Elehibilidad ng Aplikante\*\***

Linya 2a: Mga Benepisyo sa Kapansanan ng Department of Veteran Affairs (VA): Magsumite ng orihinal na sulat para sa isang kapansanan na may gradong 40% o higit pa.

Mga Benepisyo sa Kapansanan ng Social Security Administration: Magsumite ng orihinal na liham ng resibo ng mga benepisyo ng Social Security Disability Insurance (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 kompirmasyon

Linya 2b: Ang Propesyonal sa Pangangalagang Pangkalusugan ng Aplikante ay nagbibigay ng kasalukuyang suportang ebidensya ng kapansanan sa pamamagitan ng pagkumpleto at paglagda sa "Seksyon 4: Suportang Katibayan ng Kapansanan".

\*\*Mga indibidwal na 65 taon gulang at mas matanda: Mag-aplay para sa pinababang pamasaha ng Senior HOLO Card.

\*\*Mga Cardholder ng Medicare na wala pang 65 taong gulang: Mag-aplay para sa pinababang pamasaha ng Medicare HOLO Card.

**Seksyon 3: Pahayag at Awtorisasyon ng Aplikante na Maglabas ng Impormasyong Medikal**

Basahin, Lagdaan, at Petsa

**HEALTH CARE PROFESSIONAL INSTRUCTIONS (use black or blue ink only)**  
**MGA INSTRUKSYON SA PROPEYONAL SA PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN**

**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

### PAHINA NG INSTRUKSYON –

### APLIKASYON para sa TAONG MAY KAPANSANAN HOLO CARD

#### **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.

#### **PROSESO NG APLIKASYON**

Gumamit lamang ng itim o asul na tinta para kumpletohin ang aplikasyon

Ang aplikante ay dapat magsumite ng nakumpleto/nilagdaang aplikasyon ng PERSONAL sa Opisina ng Transit Pass

Lokasyon: Kalihi Transit Center, kanto ng Middle St. at Kamehameha Hwy.

Oras ng Opisina: Lunes hanggang Biyernes, 7:30 N.U. hanggang 4 N.H., sarado sa lahat ng mga Pista Opisyal ng Siyudad.

Telepono: 808-848-5555 (pindutin ang 4).

**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 mapoproseso kung hindi kumpleto, nawawala ang kinakailangang dokumentasyon, ID, bayad, o isinumite pagkatapos ng 30 araw ng kalendaryong petsa sa petsa sa kahon 4e ng Propesyonal sa Pangangalagang Pangkalusugan

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. Kabilang sa mga katanggap-tanggap na anyo ng ID ay ang lisensya sa pagmamaneho, state ID, pasaporte, permanenteng residente/resident alien ID, pederal na kinikilalang Indian tribal ID. \*Ang paninirahan sa \*Hawaii ay maaaring suportahan ng iba pang dokumentasyon.

Cash o credit card lamang ang tinatanggap para sa pagbabayad.

Ang Taong may Kapansanan HOLO Card na may larawan ng aplikante ay i-iisyu ng Opisina ng Transit Pass kapag nadetermina na ang suportang dokumentasyon ay kwalipikado ang Aplikante bilang Taong May Kapansanan para sa mga layunin ng Aplikasyon na ito.

Ang Petsa ng Pagkakapaso ay nakabatay sa petsa ng Propesyonal sa Pangangalagang Pangkalusugan sa Kahon 4e

Permanenteng Kapansanan: Apat (4) na taon

Pansamantalang Kapansanan: Inaasahang tagal sa Linya 4d.



**APPLICATION for a PERSON WITH A DISABILITY HOLO CARD**  
**APLIKASYON para sa TAONG MAY KAPANSANAN HOLO CARD**

Tagalog

Opisina ng Transit Pass – Telepono: 808-848-5555 pindutin ang 4  
 Matatagpuan sa Kalihi Transit Center – Kanto ng Middle St. & Kamehameha Hwy.

**SEKSYON 1: IMPORMASYON NG APLIKANTE** (I-print nang malinaw sa Ingles at gumamit lamang ng itim o asul na tinta)

**1a. Applicant's Name**

Pangalan ng Aplikante: \_\_\_\_\_  
LAST (APELYIDO) FIRST (PANGALAN) MIDDLE INITIAL (GITNANG INISYAL)

**1b. Address** Tirahan: \_\_\_\_\_

CITY (LUNGSOD) STATE (ESTADO) ZIP CODE

**1c. Phone Number**

Telepono: ( ) \_\_\_\_\_

**1d. Birth Date**

Kapanganakan: \_\_\_\_\_  
MONTH, DAY, YEAR (BUWAN, ARAW, TAON)

**SEKSYON 2: ELEHIBILIDAD NG APLIKANTE – Lagyan lamang ng tsek ang isang (1) Kahon**

Ang aplikante ay 65 taong gulang o mas matanda, mag-aplay para sa isang Senior HOLO Card.  
 Ang aplikante ay isang Medicare Cardholder na wala pang 65 taong gulang, mag-aplay para sa isang Medicare HOLO Card.

Ang aplikante ay wala pang 65 taong gulang at:

(lagyan lamang ng tsek ang isang (1) kahon sa Seksyon 2a o 2b at tingnan ang pahina ng instruksiyon sa pahina 1 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.**  pagsusumite ng suportang ebidensya mula sa isang Propesyonal sa Pangangalagang Pangkalusugan sa ilalim ng Seksyon 4.

**SEKSYON 3. PAHAYAG at AWTORISASYON NG APLIKANTE NA MAGLABAS NG IMPORMASYONG MEDIKAL**

Dahil sa aking kapansanan/kondisyon; Hindi ko magagamit ang city transit nang epektibo nang walang mga espesyal na pasilidad, pagpapalano, o disenyo, hindi ko magawa ang ilang partikular na gawain na kinakailangan para sa epektibong paggamit ng city transit nang walang matinding kahirapan. Kinikilala ko: 1) ang pagbibigay ng maling impormasyon ay maaaring magpawalang-bisa sa aking HOLO card, 2) tatanggihan ang aking aplikasyon kung hindi kumpleto o isinumite pagkatapos ng 30 araw ng kalendaryong petsa ng Propesyonal sa Pangangalagang Pangkalusugan sa Seksyon 4e, 3) ibibigay ang HOLO card kapag natukoy ng Opisina ng Transit Pass na ang mga suportang ebidensya ay malinaw na nagpapakita na ako ay kwalipikado para sa taong may kapansanan na pinababang pamasaha.

**Pinapahintulutan ko ang pagpapalabas ng aking impormasyong medikal sa Seksyon 4 ng Aplikasyon na ito.**

Applicant's Signature (Lagda ng Aplikante) \_\_\_\_\_

Date (Petsa) \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's Signature if Applicant is under 18 \_\_\_\_\_

Relationship/Authority, if other than the Applicant \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

(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

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)

**To Be Completed by the Health Care Professional (use black or blue ink only)**  
**Dapat na Kumpletuhin ng Propesyonal sa Pangangalagang Pangkalusugan**  
**(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.**