

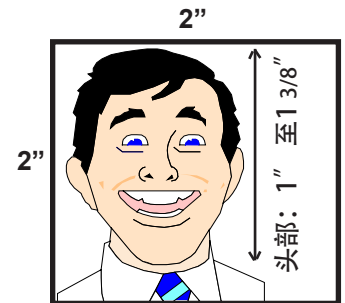


减价残疾人照片识别卡计划

关于识别卡

Omnitrans很高兴能为残疾人士提供残疾人照片识别卡（ID）。该卡为残疾人士提供了便捷的证明，使他们有资格享有巴士通行证及现金车费折扣。为了获得残疾人照片识别卡，您必须向Omnitrans提交所有下述内容：

- 填妥的申请（附后）
- 副本_一份以下残疾证明 *
 - 机动车辆管理部门残疾人标牌收据
 - 社保医疗卡或保险函
 - 确认为50%或以上残疾的V. A函
- 申请人的彩色照片（照片不可退换）：
 - 钱包大小的照片
 - 包括头部和肩膀并面对摄像机的正面相片（见样本）
 - 纯白色（或光照）背景
 - 无帽子、围巾、太阳眼镜或头巾掩盖



请务必寄送这样的一张照片

（注意：如果申请人出于宗教原因戴着头巾，或由于视力障碍戴眼镜时，请提交一份说明连同相关照片，则可予以接受）

- 需交付2美元（不予退还）的手续费（支票或支付给ScreenCheck的汇票 仅限 - 不接受现金）

请注意：残疾人照片识别卡有效期最长为五年，并于持卡人生日到期。您申请时提供的信息都是保密的。

*如果您没有残疾证明

如果您没有上述残疾证明形式之一（DMV收据，社会保障卡或V. A. 函），请填写所附的申请表，并让您的医生或合格的保健专业人士填写申请表的第二（2）部分（附后）。

向哪里递交申请

当您填写完毕申请表之后，请将所有页面以及钱包大小的您的照片和2美元手续费（不予退还）寄至下面的地址。切记不要寄送残疾证件原件或现金。

ScreenCheck北美
经办人: Omnitrans
2621 Corrinado Ct.
Ft. Wayne, IN 46808

请注意：当您填写完毕的申请已被受理后，将需要大约10个工作日进行处理。一旦您的申请被批准，您的识别卡会通过邮件发送给您。

如需进一步信息或有相关问题，请致电Omnitrans客户服务（909）379-7100。

本表格必须由全部申请人填写



减价残疾人识别卡申请

请正楷填写所有信息

姓名: _____
(名字, 中间名缩写, 姓氏)

地址: _____ 城市: _____ 邮政编码: _____
(门牌号, 街道, 房间号)

出生日期: _____ 电话: _____
(月, 日, 年)

社保号 (仅需后四位数字): XXX - XX - _____
(请注意: 提供社保号是自愿的, 将仅供内部追踪之目的)

请检查您所申请减价识别卡的所属类别:

请注意: 如果检查类别为1 - 3, 您必须提交您的资格证明复印件连同本申请。如果检查类别为第4类, 则必须提交一份完整的申请表第二部分 (附后) 连同本申请。

- 社保医保卡或残疾保险函
- 机动车辆管理部门残疾人标牌标识卡/收据
- 确认为50%或以上残疾的V.A函
- 医学残疾。填写申请表第二部分 (附后) 的个人健康状况, 并将本申请交由您的健康护理专业人员根据合格标准进行填写。

我宣布, 根据加利福尼亚州伪证法律的处罚相关事宜, 我所给出的回应是真实的。

申请人签名 _____ 日期: _____
(如果申请人未满18岁, 则为监护人签名)

请不要忘记同时寄出钱包大小的您的照片, 您的资格证明复印件, 以及您的申请手续费2美元 (不予退还)。 邮寄至:

ScreenCheck北美
经办人: Omnitrans
2621 Corrinado Ct.
Ft.Wayne, IN 46808

Omnitrans对获得减价识别卡资格享有最终决定权。此申请仅供内部使用, 不会受到公众审查。减价识别卡的出具是为了交通服务身份识别之用, 该证件不可转让。如果减价识别卡的申请被拒绝, 申请人可以在拒绝函日期的14天内提出书面申上诉, 要求对申请进行审核及复议。



第二部分 医疗认证机构注意事项

依照州和联邦法律要求，Omnitrans减价残疾照片识别卡计划允许个人获得票价折扣。请您填写所附表格的病人正在要求此等折扣。

请帮助我们确保只有合格的人员能够获得相关证明。在完成证明之前，请仔细阅读本表格的背面和下方的资格要求。如果您有任何疑问，请联系Omnitrans：（909）379-7100。

请注意：为了证明一个伤残人士或残疾人士符合领取Omnitrans减价识别卡之资格，您必须同意：

- 证明只有那些满足本申请所注标准的人士符合相关资格；
- 在有要求时提供包含在本申请中之信息的证明；
- 具备适当的专业学位，并在美国加利福尼亚州拥有持牌许可，包括如下内容：
 - 具有医学博士或验光医师学历的特许医师，执业医师助理和执业护士可以证明其被授权范围内的所有类别诊断。
 - 持牌脊骨神经科医师可证明1 - 4类别（请参见背面）。
 - 持牌足科医生可证明1 - 4类别中涉及足部残疾的事项（请参见背面）。
 - 持牌验光师可证明第9类（请参见背面）
 - 持牌听力学家可证明第10类（请参见背面）。
 - 持牌临床心理学家和持牌教育心理学家可以证明 第12、15、16和17类（请参见背面）。
 - 持牌社工或社区体育会可证明第17类（请参见背面）。

您的地址及医疗许可证信息（每个申请表上所要求的），将由国家行医执照局以及加利福尼亚州消费者事务部核实。

感谢您致力于帮助Omnitrans为所有客户提供优质的服务，并帮助保持Omnitrans减价残疾照片识别卡计划的健全度。

OMNITRANS减价/残疾照片识别卡计划资格标准

如果申请人符合下述条件，则有资格享有以下类别的计划优惠：

第1类 - 非卧床残疾：有必要使用轮椅进行活动。

第2类 - 移动辅助工具：不依靠外力帮助很难行走，因此必须使用移动辅助工具。

第3类 - 肌骨损伤（包括关节炎）：由肌骨损伤造成的残疾，如肌营养不良症，成骨不全或任何类型的关节炎（如功能III级或解剖第三阶段）。

第4类 - 截肢：导致截肢或以下部位的重大畸形/功能丧失：1) 双手；或2) 一只手和一只脚；或3) 跗骨区域之上的一条或两条腿。

第5类 - 脑血管意外（中风）：由以下情况导致的或造成以下情况的残疾：1) 假性球麻痹；或2) 四肢中任何两个功能性运动障碍；或3) 四肢中的两个运动失调，并表现为适当小脑体征或本体感觉丧失长达四个多月。

第6类 - 肺部疾病：III类和IV类中描述的呼吸障碍。（III类 - 肺活量为预测的51%和59%之间；或最大呼气量为预测的41%和59%之间。IV类 - 肺活量小于或等于预测的50%；或最大呼气量小于或等于预测的40%。）

第7类 - 心脏疾病：心血管疾病导致的残疾，造成相关人员表现出功能III级或IV级体能活动明显限制。

第8类 - 透析：需要使用洗肾机。

第9类 - 视力残疾：造成视力较好的一只眼在最佳矫正后仅为20/200或更小；或者视野收缩的人士（俗称管状视）：1) 从一个固定点观察至10度或以下；或2) 最宽直径所对的角度不超过20度；和3) 无法读取标志或符号信息（并非因为语言原因）。

第10类 - 听力障碍：由于耳聋或听力丧失工作能力，无法沟通或听到警告信号，其中听力损失为500、1000、2000赫兹范围内70 dba或更高。

第11类 - 不协调残疾：引起协调障碍或脑性麻痹，脊髓或周围神经损伤，包括功能性神经损伤和/或任何两肢的功能性运动障碍或显著降低行动能力、协调性和感知力（非因前述类别之原因）。

第12类 - 精神发育迟滞：造成发育期间或疾病或事故之后的一般智能功能低于平均水平，与受损的适应行为有关。

第13类 - 脑性麻痹：源自出生时或婴儿早期或由于后来的疾病或意外事故所导致的，非渐进式的。显示出明显的运动功能消退或反常（麻痹，无力，动作不协调），和/或器质性脑损害，如感觉障碍，癫痫，智力低下，学习困难和行为障碍等等。

第14类 - 癫痫（抽搐症）：临床病症包括意识障碍，其特征是癫痫发作。

第15类 - 孤独症儿童：发生于孩子身上的一些特定情况，包括自闭，社会关系非常不足，语言障碍和单调重复的运动行为。也可能存在一般智力功能受损，严重的自闭现象和对外界刺激的反应不当。

第16类 - 神经系统受损：其特征在于个体的学习、认知和/或行为障碍，其IQ（智商）不低于常态以下两个标准偏差，并且是由脑功能障碍（在使用感官学习方面的任何障碍）、神经功能障碍或中央神经系统的任何损害所导致的，无论何种原因。这一类别包括存在严重步态问题因而限制行动能力的申请人。

第17类 - 精神障碍：个人的心理障碍大大限制了一个或更多的主要生活活动。这包括不能学习、工作或者照顾自己。在以下某个方面的DSM IV分类之主要诊断对于是否符合资格来说是必需的：器质性精神障碍，精神分裂症，妄想症，其他未分类精神病，情感障碍，躯体形式障碍，分离性障碍，适应障碍，影响身体状况的心理因素，以及创伤后应激综合征。这些诊断必须在III级到V级水平之间，具体如下：

- 3级 - 中度受损。与某些级别的有用功能兼容，但不是所有的。
- 4级 - 明显损害。显著妨碍有用功能的各级水平。
- 5级 - 极端损害。排除有用功能的各级水平。

（请注意：如果申请人的功能障碍处于缓解期，或丧失工作能力的主因是急性或慢性酒精中毒或药物成瘾，应排除在折扣价格资格之外）。

第18类 - 慢性渐进式衰弱疾病：由慢性及渐进式衰弱疾病所导致的，其特点为干扰日常生活活动和显著影响行动能力的全身症状，如疲劳，乏力，消瘦，疼痛以及精神状态变化等。

第19类 - 多重障碍：这个类别可以包括（但不限于）受到一个以上障碍（包括与年龄相关的）综合影响的人士。个别损害本身可能不足以严重到使申请人符合资格享有交通费用折扣；然而，各类残疾的组合效应可能使其符合该计划资格。



第二部分 个人健康状况及证明

医疗信息提供 - 由申请人填写

鉴于我申请的Omnitrans减价残疾照片识别卡计划，我特此授权博士 _____ 向Omnitrans出具有关我的残疾的医疗或其他个人信息。提供的信息将限于核实我作为病人的身份和我的残疾类别。提供的信息将仅限于确定我获得减价残疾照片识别卡的资格。

我知道我有权获得此授权的副本，而且我可以随时撤销授权。

除非提前撤销，否则本表格将允许获得认证的医疗专业人士从我签字之日起60天内向Omnitrans提供上述信息。

申请人姓名（请正楷填写）： _____

申请人签名： _____ 日期： _____

（如果申请人未满18岁，由监护人签名）

提醒 您的申请 **将不会** 得到处理，直到Omnitrans收到您填写的申请表（附后）和本证明（由合格的专业医务人员填写），以及一个钱包大小的照片和2美元手续费（不予退还）之后方可进行。 ..

医疗证明 - 仅限医疗保健专业人士填写

资格类别编号（参见“医疗认证机构注意事项”页面的背面）： _____

如果类别17，请提供DSM码（必填） _____ 以及类别： 1 2 3 4 5

请注意：唯一障碍为急性或慢性酒精中毒或 药物滥用、肥胖或怀孕的人士将不授予相关资格

是否永久性残疾？ 是 否 如果否，请注明残疾的时长（月） _____

证明人名称： _____ 执业领域： _____

地址： _____ 加利福尼亚州执照号码： _____

城市： _____ 州： _____ 邮编： _____

电话：（） _____ 传真：（） _____

兹证明我已阅读了Omnitrans减价残疾照片识别卡计划的资格要求。根据我的专业判断，上述提及的申请人有资格获得交通费折扣，因为相关残疾（如上所述）限制了他/她使用固定路线交通的能力。我知道对于上述条件或其任何部分如有任何弄虚作假的情况，将被报告给联邦交通管理局并依照法律提出起诉。

医学证明人签名： _____ 日期： _____