

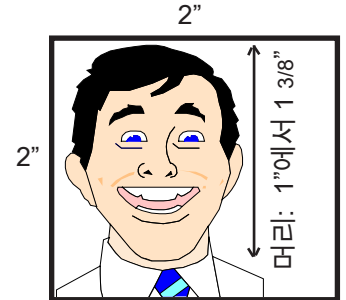


장애인 할인 사진 신분증 카드 프로그램

신분증 카드 안내

Omnitrans는 장애로 고생하는 분들께 장애 사진 신분증 카드(ID)를 제공해 드리게 되어 대단히 기쁩니다. 이 카드는 노인분들이 할인된 버스 승차권과 현금 요금 지급 시간편하게 나이를 증명하실 수 있도록 해 드립니다. 경로 사진 신분증 카드는 다음을 Omnitrans에 제출하시기만 하면 됩니다.

- 작성 완료된 신청서(첨부 양식)
- 다음의 장애 증명 문서 중 그 복사본 하나: *
 - DMV 발행 장애 표지판 영수증
 - 사회 보장 메디케어 카드 또는 보험 수여 편지
 - 50% 또는 그 이상의 장애 정도를 확인하는 V.A. 편지
- 신청자 컬러 사진(사진은 반환되지 않음):
 - 지갑 크기 사진(2" x 2")
 - 머리와 어깨가 카메라를 향한 전면부 사진 (예제 참조)
 - 평이한 흰색(또는 조명) 배경
 - 얼굴을 감추는 모자, 스카프 또는 머리띠 착용 금지



이와 같은 사진을 보내주세요

(주: 지원자가 종교적 목적으로 머리 두건을 쓰거나 시각 장애로 인해 색안경을 쓰는 경우, 이를 설명하는 메모를 사진과 함께 제출하시면 이는 허용될 수 있습니다)

- 반환되지 않는 \$2.00 처리비 (수표 또는 머니 오더 수취인: ScreenCheck 만 가능 - 현금 불가)

주의 사항: 장애 사진 ID 카드는 최대 5년까지 유효하며 카드 보유자 생일에 만기가 됩니다. 신청서에 제공된 모든 정보는 기밀이 유지됩니다.

* 장애 증명서가 없는 경우

위에 수록된 장애를 증명하는 양식(DMV 영수증, 사회 보장 카드 또는 V.A. 편지) 중 아무것도 없는 경우 첨부 양식을 작성하여 담당 의사 또는 유자격 의료 관리 전문가가 신청서(첨부된)의 두(2) 번째 섹션을 작성하도록 하십시오.

신청서 제출 장소

신청서 작성이 완료되면 지갑 크기 사진, 반환되지 않는 \$2.00 처리비와 함께 모든 페이지를 다음 주소로 보내십시오. 나이 증명 서류 원본이나 현금을 보내지 않도록 주의하십시오.

ScreenCheck North America
Attn.: Omnitrans
2621 Corrinado Ct.
Ft. Wayne, IN 46808

참고 사항: 작성된 신청서가 접수되면 처리 그 시간은 약 10 근무일 정도 걸릴 예정입니다. 신청서가 승인되면 우편으로 신분증 카드를 보내드립니다.

추가 정보나 질문이 있으시면 다음의 Omnitrans 소비자서비스 전화로 연락하십시오 (909) 379-7100.

이 양식은 모든 신청자가 작성하셔야 합니다



장애인 할인 사진 신분증 카드 프로그램

모든 내용을 정자로 기재하십시오

이름: _____
(이름, 중간 이름 약자, 성)

주소: _____ 시: _____ 우편번호 _____
(지번, 거리 명, 아파트 번호)

생일: _____ 전화번호: _____
(월, 일, 연도)

사회 보장 번호(마지막 4자리): XXX - XX - _____
(주: 사회 보장 번호 제공은 자발적이며 내부 관리 목적으로만 사용됩니다)

장애인 할인 사진 신분증 카드를 신청하는 카테고리에 표시하십시오:

주: 카테고리 1 - 3에 표시하였으면 반드시 자격을 증명하는 서류 복사본을 이 신청서와 함께 제출하셔야 합니다. 카테고리 4에 체크하였으면 반드시 양식(첨부된)의 섹션 2를 기재하여 이 신청서와 함께 제출하셔야 합니다.

- 사회 보장 메디케어 카드 또는 장애 보험 확인 편지
- DMV 장애인 표지판 신분증 카드/영수증
- 50% 이상의 장애를 확인하는 V.A. 편지
- 의학적 장애. 양식(첨부된)의 섹션 2 의료 정보 공개 부분을 작성하고 이 신청서 서류를 건강 관리 전문가에게 주어 자격 기준에 따라 작성하도록 하십시오.

본인은 캘리포니아 주법의 위증죄 형벌에 따라 본인이 제공한 정보가 사실임을 선언합니다.

신청자 서명 _____ 날짜: _____
(신청자가 18세 미만인 경우 보호자)

반드시 신청서와 함께 지갑 크기 사진, 자격 증명 서류 사본과 반환되지 않을 \$2.00 처리비를 동봉해서 보내십시오. 보낼 주소:

ScreenCheck North America
Attn.: Omnitrans
2621 Corrinado Ct.
Ft. Wayne, IN 46808

Omnitrans는 할인 요금 신분증 카드 자격 결정에 관한 최종 권한을 가지고 있습니다. 이 신청서는 내부 목적으로만 사용되며 공개되지 않습니다. 할인 요금 신분증은 교통 서비스 목적에 대한 자격 확인용으로 발행되며 이는 양도할 수 없습니다. 할인 교통 요금 카드 신청서가 승인되지 않는 경우에는 신청자는 거부 편지 날짜가 발송된 14일 이내에 신청서를 다시 검토하여 재고를 요청하는 서면 진정서를 제출할 수 있습니다.



섹션 2 의료 증명 제공자에 대한 안내 사항

Omnitrans 교통 할인용 장애 사진 신분증 카드 프로그램은 해당자가 주 및 연방 법에 따른 교통비를 할인 받을 수 있도록 합니다. 귀하께 첨부된 양식 작성을 요구하는 환자는 위의 할인을 신청하고 있습니다.

자격을 갖춘 사람만이 인증을 받도록 도와주시기 바랍니다. 이 양식 뒷면과 아래 쪽의 자격 요건을 검토하고 증명서를 작성해 주시기 바랍니다. 질문이 있는 경우에는 전화 (909) 379-7100으로 Omnitrans에 연락해 주십시오.

주: Omnitrans 할인 요금 카드를 위해 장애가 있는 사람을 인증하기 위해서 귀하께서는 다음에 동의해야 합니다.

- 이 신청서에 나와 있는 기준을 충족하는 사람만 유자격자로 인증하기;
- 요청을 받는 경우, 이 신청서에 나와 있는 정보 확인하기;
- 적절한 전문가적 학위를 보유하고 다음과 같이 캘리포니아 주에서 면허를 유지하기, 예제:
 - M.D. 또는 D.O. 학위를 보유한 유면허 의사, 유면허 의사 보조자 그리고 임상 간호사는 자신이 진단 면허를 가지고 있는 모든 카테고리에 대해 인증할 수 있습니다.
 - 면허를 가진 척추 지압사는 카테고리 1 - 4를 인증할 수 있습니다(뒷면 참조).
 - 면허를 가진 발 전문가는 카테고리 1 - 4에 있는 발에 관련된 장애를 인증할 수 있습니다 (뒷면 참조).
 - 면허를 가진 검안사는 카테고리 9를 인증할 수 있습니다 (뒷면 참조).
 - 면허를 가진 청력학자는 카테고리 10을 인증할 수 있습니다 (뒷면 참조).
 - 면허를 가진 임상 심리학자와 면허를 가진 교육 심리학자는 카테고리 12, 15, 16 및 17을 인증할 수 있습니다 (뒷면 참조).
 - 면허를 가진 사회학자 또는 CSC는 카테고리 17을 인증할 수 있습니다 (뒷면 참조).

귀하의 주소와 의료 면허 정보(매 신청서 마다 요구됨)가 주 의료 면허 위원회와 캘리포니아 주 소비자 문제 부서를 통해 확인될 것입니다.

Omnitrans가 모든 고객에게 양질의 서비스를 제공하고 Omnitrans의 장애인 교통 할인 사진 신분증 카드 프로그램의 순수성을 유지하는데 도와주시는 귀하의 노력에 감사드립니다.

OMNITRANS 할인 요금/장애 사진 신분증 카드 프로그램 자격 요건

신청자는 아래 조건이 있는 경우 다음 카테고리 하에서 해당 자격을 갖추게 됩니다:

카테고리 1 — 보행 불능 장애: 이동을 위해 휠체어 사용이 필요한 경우.

카테고리 2 — 이동 보조: 도움 없이는 이동이 너무 어려워 이동 보조가 필요한 경우.

카테고리 3 — 근골격 장애(관절염 포함): 근 골격 장애, 예를 들어, 근육위축병, 골형성부전증 또는 모든 유형의 관절염(예를 들어 기능성 III 등급 또는 해부학적 III 단계).

카테고리 4 — 절단: 신체 절단 또는 중증 기형/기능 손실: a) 양손; 또는 b) 한 손과 한 발; 또는 c) 발목뼈 부분 이상의 하나 또는 두 다리.

카테고리 5 — 뇌혈관 장애(중풍): 다음으로 인한 또는 다음의 결과: a) 가성구마비; 또는 b) 두 사지 중 어느 쪽의 기능적 운동능력 상실; 또는 c) 소뇌의 징후 또는 4개월 이상의 자가 수용 감각 상실로 입증되는 두 사지에 영향을 주는 운동일조증.

카테고리 6 — 폐 질환: 호흡기 장애 III 등급과 IV 등급으로 기술되는 경우. (III 등급 - 예상치의 51%와 59%의 FVC; 또는 예상치의 41%와 59% 사이의 FEV. IV 등급 - 예상치의 50% 이하의 FVC; 또는 예상치의 40% 이하의 FEV.)

카테고리 7 — 심장 질환: 심혈관 질환의 결과이며 기능성 III 또는 IV 등급에서 육체적 활동에 현격한 제한을 초래함.

카테고리 8 — 투석: 신장 투석 장치 사용이 요구되는 경우.

카테고리 9 — 시각 장애: 최대 교정 후 더 나은 쪽 눈의 시력이 20/200 또는 그 이하인 경우; 또는 시계가 좁아진 사람(일반적으로 터널시로 알려짐): a) 고정점에서 10도 또는 그 이하로 좁아진 사람; 또는 b) 가장 넓은 지름이 20도보다 크지 않은 각도가 되는 경우; 그리고 c) 언어를 모르는 경우를 제외하고 정보 표지판 또는 기호를 읽을 수 없는 사람.

카테고리 10 — 청각 장애: 의사소통이 불가능하게 하거나 500, 1000, 2000Hz 범위에서 청각 손실이 70dba 또는 그 이상이라 경고 신호를 들을 수 없는 난청 또는 듣기 불능의 경우.

카테고리 11 — 불균형 장애: 이는 어느 두 지체의 기능형 신경계 부상 및/또는 기능형 운동 장애를 포함하여 뇌, 척추 또는 말초 신경으로부터의 잘못된 균형감 또는 마비를 초래하는데, 이 때문에 이전 카테고리에서 해당하지 않은 운동성, 균형감 또는 인지도를 현저히 감소시키는 경우.

카테고리 12 — 정신 지체: 지적 개발 시기 동안 또는 나중에 나이가 든 후 질병이나 사고로 인해 평균 이하의 전반적인 지적 기능을 갖게 되어 적응 행동이 불완전한 경우.

카테고리 13 — 뇌성 마비: 출생 또는 이른 유아기부터 또는 나중의 질병이나 사고로 인해 발생하며 진행형이 아닌 경우. 이는 현저한 퇴행 또는 운동 기능 이상(마비, 약화, 불균형) 및/또는 감각 이상, 발작, 정신 지체, 학습 장애 및 행동 이상과 같은 유기적 뇌 손상을 나타낸다.

카테고리 14 — 간질(경련 장애): 발작의 특징이 있는 의식 장애를 포함한 임상적 이상.

카테고리 15 — 유아성 자폐증: 이는 어린이에게 발생하는 경우 인간관계 회피, 심하게 부적절한 사고 능력, 언어 장애 그리고 단조롭게 반복되는 운동 행동 등을 나타냄. 일반적인 지적 기능 장애, 심한 인간관계 회피 그리고 외부 자극에 대한 부적절한 반응 등도 있을 수 있음.

카테고리 16 — 신경 장애: IQ가 정상보다 2 표준편차 적지 않은 사람에게서 나타나는 학습, 인지 및/또는 행동 장애의 특성이 있으며 이는 원인에 관계 없이 뇌 기능 장애(각각을 이용한 모든 학습 장애), 신경 이상 또는 모든 중앙 신경계에 대한 손상의 결과임. 이 카테고리에는 운동성에 제한을 받는 심각한 보행 문제가 있는 신청자가 포함됨.

카테고리 17 — 정신병: 정신 장애가 하나 또는 그 이상의 주요 일상 활동에 심하게 제한을 받는 정신적 장애가 있는 사람. 여기에는 학습, 일 자신의 처리에 대한 불능이 포함됨. 이 요건 충족을 위해서는 다음 분야 중 하나에서 DSM IV 분류의 주요 진단이 요구됨. 기질적 정신 장애, 정신 부열 장애, 편집 장애, 다른 쪽에서 분류되지 않는 모든 정신적 장애, 정동 장애, Somata Form 장애, 해리 장애, 적응 장애, 신체적 조건에 영향을 주는 심리적 요소 및 외상 후 스트레스 증후군. 이에 대한 진단이 다음과 같이 클래스 III부터 V 레벨에서 이루어져야 함:

- 클래스 3 - 중등도 장애. 전체는 아니지만, 일부의 유용한 기능에 적합한 수준.
- 클래스 4 - 표시된 장애. 유용한 기능의 사용을 심하게 제한하는 수준.
- 클래스 5 - 극단적 장애. 유용한 기능을 불가능하게 하는 수준.

(주: 신청자의 장애가 나아지는 중이거나 주요 장애가 급성 또는 만성 알코올 중독 또는 약물 중독인 경우에는 요금 할인 자격 요건에서 확실히 제외되게 됩니다).

카테고리 18 — 만성 점진적 심신 쇠약 장애: 피로, 심신 약화, 체중 감소, 통증 및 정신 상태 변화와 같은 체질 증상의 특성이 있는 만성 및 점진적 심신 쇠약 질병이며 이 증상이 함께 작용하여 일상생활 활동에 방해되고 운동성을 현저히 제한하는 경우.

카테고리 19 — 중복 장애: 이 카테고리는 나이에 연관된 장애를 포함하여 한 개 이상의 장애에 의한 복합 영향으로 인해 장애인인 된 사람들을 포함하지만 이에 제한되지는 않음. 각각의 장애 자체는 아주 심각하지 않아 그 자체로는 신청자에게 할인 교통 요금 자격을 받게 할 수 없을 수 있음; 하지만 복합된 장애의 영향은 신청자를 이 프로그램의 자격 요건을 충족할 수도 있음.



섹션 2 의료 정보 공개 및 인증

의료 정보 공개 - 신청자 작성 부분

Omnitrans 교통 할인 장애인 사진 신분증 카드 프로그램 신청에 관련하여 본인은 Dr. _____ 이(가) 본인의 장애에 관한 의료적 또는 다른 개인적 정보를 Omnitrans에 공개하는 것을 허락합니다. 공개된 정보는 환자 신분 확인 및 본인의 해당 장애 카테고리 분류 목적에만 제한될 것입니다. 공개된 정보는 전적으로 교통 할인 장애인 사진 신분증 카드에 대한 자격 여부 판단에만 사용될 것입니다. 본인은 이 허가서의 복사본을 받을 권리가 있고 언제든지 이 허가를 취소할 수 있음을 알고 있습니다. 이 허가가 미리 취소되지 않는 한, 이 양식으로써 본인의 서명일로부터 최대 60일까지는 자격 인증 의료 전문가가 위 정보를 Omnitrans에 제공하는 것을 허락합니다.

신청자 이름(정자로 적으십시오): _____
 신청자 서명: _____ 날짜: _____
 (18세 미만인 경우 신청자의 보호자)

특기사항: 귀하의 신청서는 Omnitrans가 작성 완료된 신청서(첨부)와 이 증명서(자격을 갖춘 의료 관리 전문가가 작성 완료한), 지갑 크기 사진 그리고 \$2.00의 반환되지 않는 처리비를 받을 때까지는 처리되지 않을 것입니다.

의료 확인 - 건강 관리 전문가만 작성 가능

유자격 카테고리 번호 (뒷면의 "의료 확인자를 위한 메모" 페이지 설명 참조): _____
 해당 카테고리가 17이면 DSM 코드 (필수): _____ 및 클래스를 제공하십시오: 1 2 3 4 5

주: 신청자의 유일한 장애가 급성 만성 알콜중독, 약물 남용, 미란 또는 임신인 경우, 이는 자격 충족 조건에서 완전히 제외됩니다.

이 장애가 영구적입니까? 예 아니요 만약, 아니요이면, 장애 기간(월 단위) _____

확인자 이름: _____ 개업 분야: _____
 주소: _____ CA 주 면허증 번호: _____
 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____
 전화번호: () _____ 팩스: () _____

본인은 Omnitrans 교통 요금 할인 장애 사진 신분증 카드 프로그램에 대해 읽었으며, 본인의 전문가적 판단에 따라, 위 이름의 신청자가 자신의 고정 경로 교통편을 이용을 제한하는 장애(위에 표시)로 인해 할인된 교통 요금을 받을 자격이 있음을 여기서 확인하는 바입니다. 본인은 환자의 상태 또는 상태의 어느 일부라도 위조하는 경우 이는 연방 운송 국(Federal Transportation Administration)에 보고되어 법이 허용하는 최대한의 처벌을 위해 기소될 수 있음을 알고 있습니다.

의료 확인자 서명: _____ 날짜: _____