



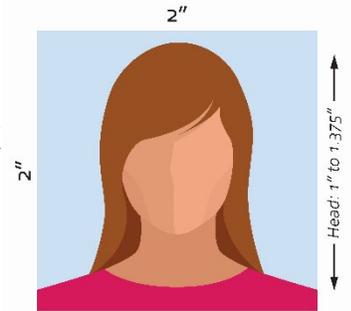
残疾人士照片身份认证特惠计划

身份证

Omnitrans很高兴为残疾人提供残疾证明。此认证卡能够快速证明残疾人身份，证明他们有资格享受特惠巴士票和现金车票。为了获得残疾相片身份认证，您必须向Omnitrans提交下列所有信息：

- 填写完整的申请表（附）
- 以下残疾证明之一的副本：*
 - 机动车辆署残疾人停车标牌收据
 - 社保医保卡或保险福利信
 - 美国退伍军人管理局信件，证明信件持有人肢体50%或以上残疾
- 申请人的彩色照片（照片不予退还）：
 - 两寸照片
 - 请拍摄头部和肩部，正面面对摄像头（见示例）
 - 纯白色（或浅色）背景
 - 禁止戴帽子、围巾、太阳镜或头带，以免遮住面部特征

（注：如果申请人因宗教原因需要戴头套，或因视力受损需要戴上遮光眼镜，请随照片附上便条，我们将予以接受）
- 2.00美元不可退还的手续费（以支票或汇票形式支付给Omnitrans——不可使用现金）



请注意：残障人士身份认证的有效期最长为五年，在持卡人生日当天到期。申请表上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表格（车管所收据、社保卡或V.A.信件），请填写随附的申请书，并请您的医生或合格的医疗保健专业人士填写申请书（随附）的第二（2）节。

在哪里提交申请

申请表填写完成后，请将申请表所有内容连同两寸照片和2美元不可退还的手续费一起寄至以下地址。切记不要邮寄残疾证明文件原件或现金。

Omnitrans
收件人：特殊交通服务1700 W. 5th St.
San Bernardino, CA 92411

请注意：我们收到您填写完毕的申请表之后，大约需要10个工作日才能进行处理。申请被批准之后，残疾人士身份认证卡将被邮寄给您。

欲了解更多信息或问题，请致电Omnitrans客户服务部（909）379-7100。

所有申请人必须填写此表格



残疾人士身份认证特惠计划

请以打印形式填写所有信息

姓名: _____
(名, 中间名首字母, 姓)

地址: _____ 城市: _____ 邮政编码: _____
(号码、街道、公寓号)

出生日期: _____ 电话: _____
(年、月、日)

请核对您申请的特惠身份认证卡的类别:

注意: 如果您勾选1-3类, 您必须随此申请表提交您的资格证明副本。如果您选择第4类, 您必须提交一份填写完整的第2部分表格(附在本申请表中)。

1. 社保医保卡或伤残保险福利信
2. 机动车辆署伤残人士标牌识别卡/收据
3. 美国退伍军人管理局信件, 证明信件持有人肢体50%或以上残疾
4. 医疗残疾。填写第2部分表格(附件)的医学信息公开表单, 并将此申请表交给您的医疗保健专业人员, 以便根据标准填写。

我声明, 根据加利福尼亚州法律的伪证罪处罚, 我给出的所有信息真实有效。

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

请勿忘记在申请表中附上一张两寸照片、资格证明复印件和2美元不可退还的手续费。邮寄至:

Omnitrans
收件人: 特殊交通服务
1700 W. Fifth St.
San Bernardino, CA 92411

Omnitrans 保留最终解释权, 决定申请人是否有资格使用特惠身份认证卡。本申请书仅供内部使用, 不接受公众审核。据了解, 发放特惠身份认证卡是为了能更好的在交通运输方面进行身份识别; 此卡不可转让。如申请特惠卡遭到拒绝, 申请人可在拒绝通知书发出后14天内提出书面上诉, 要求复核并重新考虑申请。



第二部分 医疗证明人须知

Omnitrans特惠残疾身份认证卡计划能够让个人获得州和联邦法律要求的票价折扣。此申请者需要您帮助填写所附表格，以获得交通票价折扣。

请提供信息，帮助我们进行资格审查。在填写认证表之前，请确认本表格背面及下方列出的资格要求。如有任何问题，请致电（909）379-7100与Omnitrans联系。

注：为帮助该残疾人士或残障人士获得Omnitrans特惠认证卡，您必须同意：

- 仅证明符合本申请标准的个人获得申请资格；
- 应要求提供本申请中所需信息的验证文件；
- 拥有专业学位，并在加利福尼亚州获得执照，具体如下：
 - 持有医学博士M.D.或D.O.学位的执业医师、执业医师助理和执业护士，可在其被授权诊断的所有疾病类别中进行认证。
 - 持有执照的脊骨神经科医生，可认证1-4类残疾（请参阅背面）。
 - 持有执照的足病医师，可认证1-4类足部残疾（请参阅背面）。
 - 持有执照的验光师，可认证第9类残疾（请参阅背面）。
 - 持有执照的耳科医生，可认证第10类残疾（请参阅背面）。
 - 持有执照的临床心理学家和教育心理学家，可认证第12、15、16和17类残疾（请参阅背面）。
 - 持有执照的社会工作者或CSC，可认证第17类残疾（请参阅背面）。

您的地址和医疗许可证信息（每份申请表上都要求填写）将由州医疗许可证委员会和加利福尼亚州消费者事务部核实。

感谢您帮助Omnitrans为所有客户提供优质服务，并帮助维护Omnitrans特惠残疾身份认证计划的公平合理性。

OMNITRANS优惠价/残疾相片身份认证计划资格标准

如果申请人具备以下条件，则有资格参加该计划：

第1类——非活动性残疾：需要使用轮椅进行活动。第2类——助行器：患者很难独自行走，必须使用助行器。

第3类——肌肉骨骼损伤（包括关节炎）：患者肌肉骨骼损伤，成因例如肌营养不良、成骨不全或任何类型的关节炎（如功能性III级或解剖III级）。

第4类——截肢：患者截肢或以下部位严重畸形/功能丧失：a) 双手；或b) 一只手和一只脚；或c) 跗骨上方的一条腿或双腿。

第5类——脑血管意外（中风）：由以下原因引起或导致：a) 假性延髓麻痹；或b) 两个肢体的功能性运动障碍；或c) 影响四肢的共济失调，证实有某种程度的小脑体征或本体感觉丧失超过4个月。

第6类——肺部疾病：被描述为第三类和第四类呼吸障碍。（III级——FVC在预测值的51%到59%之间；或者FEV在预测值的41%到59%之间。IV级——FVC小于或等于预测值的50%；或FEV小于或等于预测值的40%。）

第7类——心脏病：是由心血管疾病引起的，导致人们在功能类别III级或IV级时表现出明显的体力活动限制。

第8类——透析：需要使用肾透析机。

第9类——视力障碍：矫正后，视力为20/200或更少；或患者视野狭窄（通常称为管状视）：a) 距固定点不超过10度；或b) 最宽直径对交角不大于20度；以及c) 由于非语言原因，不能阅读信息标志或符号。

第10类——听力障碍：由于耳聋或听力丧失，在500、1000、2000赫兹时，听力损失为70分贝或更大，无法交流或听到警告信号。

第11类——不协调障碍：由于大脑、脊柱或周围神经损伤，包括功能性神经损伤和/或任何两个肢体的功能性运动障碍，或显著降低先前分类中未考虑到的活动性、协调性或感知能力，导致协调性或麻痹性。

第12类——智力迟滞：发育期或晚年疾病或事故后导致智力功能低于平均水平，与适应性行为受损有关。

第13类——脑瘫：从出生或婴儿早期开始，或由于后来的疾病或事故而导致的智力停滞。脑瘫患者表现出运动功能的明显消退或畸变（瘫痪，虚弱，不协调）和/或器质性脑损伤（如感觉障碍，癫痫发作，智力低下，学习困难和行为障碍）。

第14类——癫痫（抽搐性疾病）：一种以癫痫为特征的出现意识障碍的临床疾病。

第15类——婴儿自闭症：出现在儿童身上，表现为内向、社会关系封闭、语言障碍和出现单调重复的运动行为。同时可能伴有智力功能受损，严重戒断和对外界刺激反应不当。

第16类——神经损伤：智商不低于正常值两个标准差的个体的学习、知觉和/或行为障碍，由大脑功能障碍（任何使用感官的学习障碍）、神经系统紊乱或任何中枢神经系统损伤引起，无论原因为何。患者可能有严重步态问题、行动受限。

第17类——精神障碍：因精神障碍，严重限制患者一项或多项主要生活活动。包括不能学习、工作或照顾自己。DSM IV分类的主要诊断需要在以下领域之一获得执业资格：器质性心理疾病，精神分裂症疾病，偏执性疾病，精神病性疾病（未归类于其他类别），情感性疾病，气孔形式疾病，分离性疾病，适应性疾病，影响身体状况的心理因素以及创伤后应激障碍综合症。诊断必须是III级至V级，如下所示：

- 3级——中度损伤。一些功能出现损伤，但并非所有功能
- 4级——显著损伤。因疾病原因显著损害了身体正常机能。
- 5级——重度损伤。因疾病原因完全损害了身体正常机能。

（注：如果申请人的精神障碍得到缓解，或者其功能丧失的原因是急性或慢性酒精中毒或吸毒成瘾，他们将被明确排除在特惠证明资格之外）。

第18类——慢性进行性衰弱性疾病：由慢性和进行性衰弱性疾病引起，这些疾病的特征通常表现为身体症状，如疲劳、虚弱、体重减轻、疼痛和精神状态的变化，这些综合起来会干扰日常生活活动并显著损害行动能力。

第19类——多重损伤：包括但不限于因一种以上损害的综合影响而致残的患者，包括与年龄有关的身体损伤。其中某项损伤本身可能不足以使申请人有资格申请特惠证明卡；但是，症状综合起来可能让患者可以获得参与资格。



第二部分 医疗信息公开和认证

医疗信息公开——由申请人填写

关于本人申请Omnitrans特惠残疾身份认证计划，我特此授权_____医生向Omnitrans公布关于残疾的医疗信息或其他个人信息。公布的信息将仅限于核实我的病人身份和我的残疾类别。所公布的资料只会用作决定本人是否有资格领取特惠残疾身份证明。

本人了解，本人有权收取本授权书的副本，并可随时撤销该授权书。

除非提前撤销，本表格将允许经过认证的医疗保健专业人士在我签字之日起60天内向Omnitrans公布上述信息。

申请人姓名（请打印）：_____

申请人签字：_____日期：_____

（如果申请人未满18岁，则为监护人签字）

提醒：在Omnitrans收到您填写完整的申请表（附件）和本证明（由合格的医疗保健专业人士完整填写）、两寸照片和2美元不可退还的处理费之前，您的申请将**不会**被处理。

医疗证明——仅由医疗保健专业人员填写

资格类别号（见“医疗证明人须知”背面的说明）：

如果是17类，请提供DSM代码（必需）：_____和级别：1 2 3 4 5

注：仅因急性慢性酒精中毒或药物滥用、肥胖或怀孕而导致功能丧失的人被排除在资格之外

这种残疾是永久性的吗？ 是 否 如果没有，请填写伤残时间（以月为单位）_____

证明人姓名：_____执业领域：_____

地址：_____CA州执业许可证编号：_____

城市：_____国家：_____邮政编码：_____

电话：（ ） _____ 传真：（ ） _____

本人特此证明，本人已阅读Omnitrans特惠残疾身份证明计划的资格要求，根据我的专业判断，上述申请人因残疾（如上所述）原因限制其使用固定路线交通的能力，有资格获得折扣票价。我知道，任何信息伪造或部分信息伪造都将被报告给联邦运输管理局，以便在法律允许的范围内进行起诉。

医疗证明人签字：_____日期：_____