



# CƠ QUAN QUẢN LÝ VẬN CHUYỂN KHU VỰC ĐƠN ĐĂNG KÝ THẺ GIẢM GIÁ VÉ DÀNH CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT

Thông tin thu được trong quá trình chứng nhận này sẽ chỉ được Cơ Quan Quản Lý Vận Chuyển Khu Vực (RTA) sử dụng để xác định xem người nộp đơn có đủ điều kiện được giảm giá vé trên dịch vụ xe buýt của chúng tôi do bị khuyết tật hay không. Thông tin được cung cấp trên đơn đăng ký này được bảo mật và sẽ không được cung cấp cho bất kỳ cá nhân hoặc cơ quan nào. Người từ sáu mươi lăm (65) tuổi trở lên không cần hoàn thành mẫu đơn này; quý vị đủ điều kiện hưởng chương trình giảm giá vé cho Công Dân Cao Tuổi của chúng tôi nếu quý vị xuất trình Giấy Tờ Tỳ Thân của Tiểu Bang Hợp Lệ hoặc Bằng Lái Xe cho Nhà Điều Hành của RTA. Chủ thẻ Medicare không phải hoàn thành mẫu đơn này. Mang theo thẻ Medicare và Giấy Tờ Tỳ Thân của Tiểu Bang hợp lệ hoặc Bằng Lái Xe tới Trung tâm ID và nhận Thẻ Giảm Giá Vé của RTA.

## Phần 1 Được Điền Bởi Người Nộp Đơn Vui Lòng In Hoa bằng Mực Đen hoặc Mực Xanh

Họ		Tên		Chữ Cái Đầu của Tên Đệm
Địa Chỉ Phố (bắt buộc)		Thành Phố/Tiểu Bang		Mã Bưu Điện
Địa Chỉ Hòm Thư (nếu khác ở trên)		Thành Phố/Tiểu Bang		Mã Bưu Điện
Điện Thoại Nhà (    )	Điện Thoại Cơ Quan (    )	Số An Sinh Xã Hội		Ngày Sinh tháng    ngày    năm /    /
Người Liên Lạc Khẩn Cấp:		Số Điện Thoại (    )	Mối Quan Hệ	

Gần đây, quý vị có Thẻ Giảm Giá Vé của RTA không?       Có     Không  
 Nếu có, Ngày hết hạn \_\_\_\_\_

Quý vị có Thẻ Lift/Dial-A-Ride không?       Có     Không  
 Nếu có, một thẻ hiện tại được chấp nhận với các xe buýt thông thường

Quý vị có Thẻ Medicare không? (Thẻ Đỏ, Trắng & Xanh Da Trời)     Có     Không  
 Nếu có, hãy đọc thông tin ở đầu đơn đăng ký.

Tôi xác nhận rằng thông tin trên là chính xác và Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe hoàn tất phần 2 của mẫu đơn này biết về chẩn đoán của tôi và được ủy quyền cung cấp và tiết lộ thông tin cần thiết để hoàn tất giấy chứng nhận này để được nhận Thẻ Giảm Giá Vé của Cơ Quan Quản Lý Vận Chuyển Khu Vực.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Chữ Ký của Người Nộp Đơn** **Ngày**

Chỉ Dùng Cho Văn Phòng

Ngày Ghi Lại.	Ngày Liên Hệ
Tình Trạng Đủ Điều Kiện	

Ngày Hết Hạn

**Tiếp tục ở mặt sau**



**Phần 2 CHỈ có thể** được điền bởi một bác sĩ (Bác Sĩ Y Khoa) được cấp phép tại Tiểu Bang Louisiana chứng nhận trong lĩnh vực hành nghề bình thường của mình. 2. Một kỹ thuật viên đo mắt được cấp phép hoặc bác sĩ nhãn khoa điều trị mù lòa hoặc thị lực kém. 3. Một chuyên gia thính học được cấp phép hoặc bác sĩ tai mũi họng điều trị thính giác.

Tên của người nộp đơn là gì? \_\_\_\_\_

Chẩn đoán của người nộp đơn là gì? Vui lòng tránh chữ viết tắt y tế và mô tả trong các thuật ngữ không thuộc chuyên môn.

---



---



---

Tình trạng có ảnh hưởng xấu đến người nộp đơn không?  Có  Không  
 Nếu có, thì ảnh hưởng như thế nào?

---



---

Người nộp đơn đã gặp tình trạng này trong bao lâu?  
 \_\_\_\_\_

Nếu có, giới hạn hoặc khu vực nào bị ảnh hưởng?  
 \_\_\_\_\_

Nếu có, tình trạng này: \_\_\_\_\_ Nhẹ \_\_\_\_\_ Vừa Phải \_\_\_\_\_ Nghiêm Trọng

Tình trạng của người nộp đơn hiện có được quản lý hoặc kiểm soát bằng thuốc không?  Có  Không

Tình trạng của người nộp đơn có phải là vĩnh viễn không?  Có  Không

Nếu không, thời gian dự kiến \_\_\_\_\_

Người nộp đơn có sử dụng thiết bị trợ giúp di chuyển không?  Có  Không Nếu có, đó là thiết bị trợ giúp nào? \_\_\_\_\_

**VUI LÒNG VIẾT IN HOA**

TÊN & NGHỀ NGHIỆP CỦA CHUYÊN GIA CHĂM SÓC SỨC KHỎE (vui lòng viết in hoa)		ĐIỆN THOẠI VĂN PHÒNG	
ĐỊA CHỈ VĂN PHÒNG		THÀNH PHỐ/TIỂU BANG	MÃ BƯU ĐIỆN
CHỮ KÝ	NGÀY	SỐ GIẤY PHÉP CHUYÊN GIA	

CHO VÀO TRONG PHONG BÌ VÀ GỬI THƯ ĐẾN:

**CƠ QUAN QUẢN LÝ VẬN CHUYỂN KHU VỰC  
TRUNG TÂM ID  
2817 CANAL STREET  
NEW ORLEANS, LA 70119**