



为老年人和残障人士申请区域优惠票价许可证

此申请可通过便捷的格式获取 • 首张许可证免费。

许可证更换费用是 \$3。

注：申请人必须年满6岁，才有资格获得
区域优惠票价许可证。

请录入

姓名

名字

中间名

姓氏

地址

市

州

邮编

出生日期

电话

填写本申请前，请阅读医疗资格标准和条件手册中的申请人部分。

我基于以下情况申请区域优惠票价许可证。请仅选择一项。

永久许可证：

☐

我年龄在65周岁或以上。

☐

我可以提供由 Veterans Health Administration（退伍军人健康管理局）出具的残疾程度至少 40% 的资格证明。

临时许可证：

☐

我可以提供因残疾而领取社会保障残疾津贴或补充保障收入津贴的资格证明。

☐

我可以出具一张由 Social Security Administration（社会保障局）签发的有效 Medicare 卡。

☐

我目前正在参加华盛顿州 Individual Educational Program（IEP，个人教育计划）职业生涯计划。

☐

我可以提供华盛顿许可证部颁发的残疾人停车识别证，以及政府颁发的照片识别证。

永久或临时许可证（视情况而定）：

☐

我可以提供一张由（填写机构名称）_____签发的区域 Americans with Disabilities Act（ADA，美国残疾人法案）辅助公交卡或者其他辅助材料。

ADA 辅助公交卡或者其他辅助材料的有效期至_____

☐

我有明显的身体损伤，符合医疗资格标准和条件中列出的一项或多项医疗标准。

☐

我是医学残疾人士，经医生、精神病学家、心理学家、医师助理、高级注册护士执业医师、美国言语语言听力协会认证的听力学家、华盛顿州许可的骨病医师认证。请参阅本申请背面的医疗保健提供者认证表。本机构保留联系您的医疗保健的权利以进行验证。

申请人签名

日期

仅用于办公使用

ID#

PCA

☐ 临时

☐ 永久

日期





区域优惠票价许可证——资格证明

申请人免责声明——请录入

我特此授权医生发布用于完成本认证所需的任何信息。我理解，此信息是机密信息，未经我的批准或法院命令，不得发布。我理解，签发此许可证的运输机构应有权和机会验证我是否有资格获得区域优惠票价许可证。我理解，如果本申请表上的任何陈述是虚假或不准确的，我将失去区域优惠票价许可证授予的特权，并将根据华盛顿州法律（Revised Code of Washington (RCW, 华盛顿州修订法典) #9A.56.020）因欺诈而受到刑事起诉。

姓名 _____
名字 中间名 姓氏

地址 _____

市 _____ 州 _____ 邮编 _____

出生日期 _____ 电话 _____

申请人签名 _____ 日期 _____

本部分由以下经批准的医疗保健提供者填写。

华盛顿州许可的：• 医生 • 精神病学家 • 心理学家 • 医师助理
• 高级注册执业护士 • 美国言语语言听力协会认证的听力学家 • 骨病医师——除此之外的卫生保健提供者的签名不予接受。

1. 申请人必须至少满足一项医疗资格标准和条件手册中列出的标准和条件。
2. 请务必在提供的空格中注明具体的医疗资格标准编号。
3. 如果使用第 6.4 节，您必须将此诊断断为“急性危险”必须包括适当的小节（a、b、c 或 d）以及该患者当前所在的工作活动中心、培训或康复计划的名称和电话号码。注：申请人参加戒毒或戒酒计划本身不符合资格要求。
4. 申请人的财务状况与资格无关。

本人特此证明 _____ 满足医疗资格标准 _____
节, 小节

如果是第6.4节（a、b、c 或 d）请输入合格的计划名称： _____

请勾选相应的选项：

- ☐ 是 ☐ 否 残疾是临时的。说明残疾时长：_____ 年 _____ 月。
临时残疾持续时长不得超过 5 年。
- ☐ 是 ☐ 否 残疾是永久的。
- ☐ 是 ☐ 否 此申请人需要个人护理助理。若是：☐ 临时 ☐ 永久

经批准的医疗保健提供者的验证——请录入

姓名 _____ 电话 _____

提供者或机构地址 _____

华盛顿州许可编号 _____

我理解，如果本申请表上的任何陈述是虚假或不准确的，我将失去区域优惠票价许可证授予的特权，
并将根据华盛顿州法律（RCW#9A.56.020）因欺诈而受到刑事起诉。

签名 _____ 日期 _____

仅原始签名——影印或传真无效

第六章注释：Regional Reduced Fare Permit (RRFP, 区域优惠票价许可证) 计划中的所有参与机构，在所有计划和活动中完全遵守 1964 年 Civil Rights Act (民权法案) 第六章以及相关法规。
欲了解更多信息或获取第六章投诉表，请联系相关机构。

