



本表適用於以下人士：**1.** 公傷退伍軍人，**2.** 其他公共交通運輸機構簽發的殘障卡持有人，**3.** 擁有加州車輛管理局 (DMV) 有效期內的殘疾停車證，或 **4.** 持有 Medicare (聯邦醫療保險) 卡。其他類人士應索取醫學認證表格，包括需要申請看護的人士。DMV 殘疾停車證持有人應考慮使用醫學表格。如需詳細瞭解本計畫，請參閱《區域性公共交通聯運折扣卡手冊》(Regional Transit Connection Discount Card Brochure，以下簡稱《手冊》)。

第一節. 申請人資訊 (請注意字跡清晰)

姓名 _____ 男 女 非二元性別 生日 _____

地址 _____ 公寓號碼 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

電子郵件地址 _____ 電話 _____

第二節. 資格證明

您必須提供有效的附照身分證以及下列證明文件：

殘障退伍軍人 退伍軍人補助申請編號 _____

向公共交通運輸機構職員出示已備案的退伍軍人補助申請編號。接受材料包括 ID 卡和以 VA 信箋出具的信函原件。本人授權 RTC 折扣卡計畫向 VA 確認本人姓名和殘障程度評分。

由其他公共交通運輸機構認證 發卡公共交通運輸機構名稱 _____

發卡機構所在城市、州 _____

證明到期日 _____

向公共交通運輸機構職員出示目前有效的卡此方案視同臨時優惠卡 (詳情請見《手冊》)

DMV 殘疾停車證資格 殘障停車證或登記編號 _____

向公共交通運輸公司職員出示 DMV 殘疾停車證和有效的登記收據。

本人授權折扣卡計畫向 DMV 確認殘疾停車證所有權和到期日。(請附上登記收據。)

Medicare 接受者 Medicare (非 Medi-Cal) 索賠編號 _____

向公共交通運輸機構職員出示 Medicare 保險卡

我的首選通訊方式是： 美國郵政 盲文 (郵寄) 透過電子郵件

本人證明本申請表所填的資料真實無誤。本人瞭解，若所提供資料存在失實陳述或欺詐，將被取消享受 RTC 折扣卡計畫福利的資格。

申請人簽名 _____ 日期 _____

OFFICE USE ONLY/內部專用

Intake Date:/
接收日期： _____

RTC ID _____

Transit Agency/
公共交通運輸機構 _____

New/新辦 Other/其他 _____

Frame No/
組織編號： _____