

# 看護人副卡申請表

## 路路通易通卡 (Clipper Access Card)

此申請表適用於：已經或正在「通過醫療申請獲取看護人陪同資格認證」，或「通過基本申請獲取美國殘障人士法案 (ADA) 輔助客運系統看護人陪同資格認證」的人士。



看護人副卡上印有紅色文字「ATTENDANT LIMITED (僅限看護人使用)」。

若要申請看護人副卡，您必須經過認證，證明您在使用公共交通工具時需要看護人，也稱為「符合需看護人陪同的資格」。您可以通過「Medical (醫療)」申請或「Basic (基本)」申請獲得 ADA 輔助客運系統看護人陪同資格認證。

請將填妥的申請表帶到其中一個公共交通機構辦理 ([地點請參見 511](#)) 或者將申請表寄至：

Clipper Access  
PO Box 7006  
Stockton, CA 95267

### 申請人資訊 - 請注意字跡清晰

全名 (必填) : \_\_\_\_\_

路路通易通 ID 號碼 (如果已知) : \_\_\_\_\_

出生日期 (月 / 日 / 年) (必填) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

地址 : \_\_\_\_\_ 公寓單元號碼 : \_\_\_\_\_

城市 : \_\_\_\_\_ 州別 : \_\_\_\_\_ 郵遞區號 : \_\_\_\_\_

電子郵件地址 : \_\_\_\_\_

首選通訊方式 (必填) : ☐ 美國郵政 ☐ 盲文 (郵寄) ☐ 電子郵件

首選書面語言 : ☐ 英文 ☐ 西班牙文 ☐ 他加祿語 ☐ 中文 ☐ 其他 : \_\_\_\_\_

首選電話號碼 : ☐ 住家 ☐ 手機 \_\_\_\_\_ 其他 : \_\_\_\_\_

我希望將卡寄至 (必填) : ☐ 我上面填寫的地址 ☐ 公共交通機構，以便我前往領取  
(公共交通機構的名稱) \_\_\_\_\_

本人保證，只有當我在看護人的陪同下出行而且我使用自己的路路通易通卡支付車費時，我才會允許看護人使用副卡。本人了解，濫用看護人副卡及相關福利將使我永久喪失看護人副卡的使用權。此外，本人了解未經授權使用副卡可構成逃票，將導致看護人被開罰單和罰款。

簽名 (必填) : \_\_\_\_\_ 日期 : \_\_\_\_\_