Japanese

The Bus 障害者用 ID / 障害者用バスパス（定期券）申請書

TheBus パスオフィス　オアフ・トランジット・サービス(OTS)
カリヒ・トランジットセンター
ミドルストリートとカメハメハ・ハイウェイの角
電話 768-9880 外線４番

英語ではっきりと記入してください

セクション１：申請者情報

1. 申請者の名前: _____
氏　　名　　ミドルネームイニシャル

2. 電話番号: (_____)_____ **3. E メール:** _____

4.住所:_____

街:_____**州:**_____**ジップコード:**_____

5. 誕生日:_____ **6. 申請日:**_____
月・日・年　　申請書提出日

7. **申請者の医療情報開示の許可書＆宣言書**

私の知る限り、この申請書に記入された情報は真実で正確であるとここに宣言します。
また不正な情報を提出した場合には、ID カードまたはバスパス（定期券）が無効になる
可能性があると理解していることをここに承認します。

また、 ハワイ州発行のライセンスを持つ、私のかかりつけの医療専門家が
この申請書に必要な医療情報を開示することを、ここに許可します。

私は、セクション２のヘルス・ケア・プロフェッショナル・サティフィケーション（医療専門家による証明書）（HCPC）が発行より３０日間のみ有効であること、そして発行３０日後のものが提出された場合には、この申請書は受理されないと理解していることをここに承認します。

X_____ _____
申請者署名　　日付

X_____ _____
申請者が１８歳以下の場合　保護者の署名　　日付

申請者との法的な関係 _____

FOR OFFICIAL USE ONLY - DO NOT WRITE IN THIS BLOCK

Health Care Professional License Verification: License Status: _____ Expiration Date: _____
Health Care Professional Signature Verification: ☐ Sample on File ☐ Agency Faxed Sample ☐ Other _____

☐ Application Processed: ☐ Permanent ☐ Temporary: _____months HCPC Date:_____
☐ ID Card ☐ Pass Expiration Date: _____Amount Paid $_____
☐ Application Not Processed: Reason: _____

Signature: _____ Date: _____
(PROGRAM COORDINATOR)

Revised 10/28/2019

セクション２：ライセンスを持つ医療専門家による証明書

医療専門家とはハワイ州での開業ライセンスを持つ医療ソーシャルワーカー、作業療法士、理学療法士、リハビリテーション専門家、登録看護師、精神分析医、また同様な専門家も含まれます。以下、かかりつけの医療専門家に英語で記入してもらってください。

8a. I certify that (Applicant's Name) _____qualifies for TheBus Person with Disability Identification Card or Pass under one of the following categories:

☐ The Applicant by reason of illness, injury, advanced age, congenital malfunction or other permanent or temporary incapacity or disability, is unable without special facilities or special planning or design to utilize the city bus system as effectively as a person who is not so affected.

☐ The Applicant has a physical or mental disability which clearly demonstrates that the person experiencing such disability is unable, without difficulty or assistance, to utilize the city bus system.

☐ The Applicant has an incapacity or disability which results in the inability to perform one or more of the following functions necessary for the effective use of the city bus system's facilities without significant difficulty (check all that apply):

- ☐ Negotiating a flight of stairs, escalator or ramp;
- ☐ Boarding or alighting from a city transit bus;
- ☐ Reading informational signs; or
- ☐ Walking more than 200 feet.

8b. Description of Disability: _____
(to certify checked box above – do not write code only)

8c. ☐ Permanent or ☐ Temporary (Expected duration of disability: _____months.)

8d. Health Care Professional Certification. As a Health Care Professional duly licensed in the State of Hawaii, I understand that falsely certifying that the Applicant is qualified for the purposes of this application form are grounds for Licensing sanctions under HRS 436B.

Name: _____**Phone No: ( )**_____

Agency (Stamp): _____**License No:** _____

Address: _____**License Expiration Date:**_____

City: _____**State:** _____ **Zip Code:**_____

Signature: _____***Date:**_____

＊The Bus 障害者用 ID / 障害者用バスパス申請書は、この医療専門家による証明書の記入日より３０日間有効です。

Revised 10/28/2019

The Bus 障害者用 ID / 障害者用バスパス
申請書記入ガイド

セクション１：申請者について　全て英語ではっきりと記入してください

1. 申請者名：名前を（氏・名・ミドルネームイニシャルの順に）記入してください
2. 電話番号：電話番号を記入してください。電話番号がない場合には「NONE」(無し)と記入してください
3. Eメールアドレスは必須ではありません。OTSが障害者用バスパスについて連絡するときのみ使用します。
4. 住所を記入してください
5. 誕生日：月、日、年の順に記入してください
6. 申請日：申請書を実際に提出した日を記入してください。（医療専門家による証明書の発行日３０日以内に申請書を提出してください）
7. 申請者の医療情報開示の許可＆宣言書：記入されている情報が正確であることを証明する署名をしてください。また、これに署名をすることにより、セクション２のかかりつけの医療専門家が証明書に記入する許可と個人医療情報の開示 （この障害者用バスID/障害者用バスパス受給資格の有無を判断するために必要な個人医療情報）を許可し、また医療専門家による証明書の有効期限（記入から３０日）が過ぎている場合には申請書が却下されることを理解していることを承認することになります。

セクション２：ライセンスを持つ医療専門家による証明書のインストラクション
（この部分はかかりつけの医療専門家に見せてください）

8a. Certify Applicant’s disability by checking the appropriate category box.
8b. Describe disability to certify the category box checked in 8a (do not write disability codes only).
8c. Indicate if the Applicant’s disability is Permanent or Temporary. For Temporary disabilities indicate the expected duration in months.
8d. Print Name, Address, Phone No., License No., and License Expiration Date.
Use Agency stamp to identify Agency or Print Agency name if Agency does not have a stamp.
Signature to certify the Applicant’s qualifying disability on this Application & date of signature.

The Bus障害者用 ID/障害者用バスパスの申請書はTheBusのパスオフィスにて本人が提出する必要があります。

1. オリジナルの、全ての項目が記入され、署名の入った申請書のみ受理されます。コピーは受け付けません。（記入漏れがある申請書は手続きされません。全ての事項を忠実に正確に記入してください）
2. 身分証明に、正規の有効な写真付き身分証明書（ID）が必要となります。（容認できるIDの種類：運転免許書、ステイトID、パスポート、他の政府機関発行のID）
3. 現金、機関発行の小切手、またはクレジットカードでお支払いください。個人用の銀行小切手は受け付けられません。
4. この申請書の有効期限は（セクション２の）医療専門家による証明書の記入日付より３０日です。
5. TheBusのパス・オフィスはカリヒ・トランジットセンターにあります。（ミドルストリートとカメハメハ・ハイウェイの角）オフィス営業時間：月〜金7:30am-4:00pm（市の祝日は休み）
電話番号：(808) 768-9880 外線4番を押してください