



# 优惠卡申请表

名	姓	(中间名)	出生日期
街道	门牌号	城市	州
		邮政编码	电话号码

### 您符合以下哪种情况？（勾选一个方框）

**60 到 64 岁（老年人）：**

您必须出示有效的年龄证明。请参阅下方说明，了解可接受的身份证件。

**MEDICARE 红蓝卡：**

您必须出示带照片的有效身份证件以及您的 Medicare 红蓝卡。如果您是残障人士并且无 Medicare 红蓝卡，则您的专业医疗人员可以证明您符合条件（请见第 2 页）。

**MEDICAID 白卡：**

您必须出示带照片的有效身份证件以及您的 Medicaid 白卡。如果您无 Medicaid 白卡，您可以通过获得授权的认证机构证明您符合条件。如要了解获得授权的机构的名称，请致电 734-973-6500 联系 TheRide。

### 关于如何获取优惠卡的说明：

- 由本人将填写完整的申请表交至：
  - TheRide Main Office, 2700 S. Industrial Hwy, Ann Arbor, MI 48104
- 出示一份由政府颁发的带照片的有效身份证明：州身份证件 • 驾驶证 • 护照 • 退伍军人证件或军人证件 • 瓦什特纳县身份证件

虚假填报本申请表或冒用优惠卡将导致优惠服务被撤销。

### 仅用于 TheRide - 验证 - 仅用于 TheRide

身份证明	MEDICAID 白卡	MEDICARE 红蓝卡
<input type="checkbox"/> 州身份证件		
<input type="checkbox"/> 驾驶证	已确认	已确认
<input type="checkbox"/> 护照		
<input type="checkbox"/> 退伍军人证件或军人证件		
<input type="checkbox"/> 瓦什特纳县身份证		
出具人：	日期：	有效期：

\*\*\*\*\*

如果您是残障人士并且无 **MEDICARE** 红蓝卡，请填写下面的部分

我有经过医学证明的身体残障，导致我难以进行下列至少一项与乘车相关的行动：  
(勾选下方适用的一个或多个方框)

- 乘坐 **TheRide** 固定路线公交车时上车或下车。
- 站立在移动的 **TheRide** 固定路线公交车上。
- 阅读信息牌。最低要求：最佳矫正视力达到法定失明的 20/200。
- 应要求倾听司机的指示。最低要求：双耳最佳矫正听力的语言频率平均听力损失为 30 分贝。
- 理解信息牌和/或司机指示。

我已知悉本申请表必须由能够证明本人残障性质的专业医疗人员签名。

我保证上述声明准确无误。

我已知悉虚假填报本申请表或冒用优惠卡将导致此优惠被撤销。

\_\_\_\_\_  
申请人签名

\_\_\_\_\_  
日期

**由专业医疗人员填写**  
固定路线公共汽车优惠卡计划认证

兹证明：上述申请人存在身体残障，导致其难以执行我在上面指出的乘车相关技能。

\_\_\_\_\_  
专业医疗人员签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
认证编号

\_\_\_\_\_  
正楷字体签名

\_\_\_\_\_  
电话号码