



GWINNETT COUNTY TRANSIT

Half Fare 計畫

65 歲及以上老人、殘疾人或 Medicare 卡持有人有資格在所有運營時間內半票乘坐所有當地巴士路線。

要享受半票福利，乘客上車時必須向巴士司機出示資格證明。此證明可以是 GA 駕照、GA 身份證、其他州或聯邦政府頒發的年齡或殘疾證明卡、GCT ADA Paratransit Breeze 卡或 Medicare 卡（包括 MARTA Half Fare Breeze 卡）。如果出示的資格卡上沒有照片，巴士司機可要求乘客出示其他帶照片的卡作為身份證明，以確保乘客具有該資格。

GCT 還提供 GCT Half Fare Breeze 卡作為支付選擇。往返 MARTA 之間的 Half Fare 計畫乘客在從 GCT 出發時必須出示 GCT Half Fare Breeze 卡，在從 MARTA 出發時必須出示 MARTA Half Fare Breeze 卡，才能享受免費待遇。65 歲以下並且未持有 Medicare 卡或其他殘疾卡的殘疾人必須獲得 GCT Half Fare Breeze 卡作為資格證明。有關獲得 GCT Half Fare Breeze 卡的更多資訊，請致電 GCT 客戶服務，電話 (770) 822-5010。為英語水準有限的人提供語言協助。對於使用普通電話存在困難的人，包括耳聾、聽力差、聾盲或語言障礙人士，只需撥打 7-1-1 安排 Georgia Relay 與 Gwinnett 郡交通運輸局通話。

聯邦運輸管理局對殘疾人的定義如下：因為疾病、受傷、年齡、先天性障礙或者其他永久或臨時喪失能力或殘疾等原因，在沒有特殊設施或特殊計畫或設計的情況下無法像不受影響人士一樣有效使用大眾交通設施及服務的人士，包括無自理能力輪椅人士和半自理能力輪椅人士 (49 CFR 609.3)。

GCT Reduced Fare 計畫為 GCT 當地固定路線服務提供打折票價：

- 當地固定路線單程票價：1.25 美元
- 當地折扣聯票：12.50 美元

以下位置頒發 GCT Half Fare Breeze 卡：

GCT 客戶服務中心

3525 Mall Boulevard, Suite 5-C

Duluth, GA 30096

上班時間：週一-週五早上 6 點-晚上 8 點 & 週六早上 7 點-晚上 8 點

(770) 822-5010



GWINNETT COUNTY TRANSIT

Half Fare 計畫證明申請

姓氏：	名字：	中間名縮寫：
街道地址：		門牌號：
城市：	州：	郵遞區號：

出生日期			電話號碼	
月	日	年	地區代碼	電話號碼

(請選中所有適用項) 男： <input type="checkbox"/> 女： <input type="checkbox"/>	(請選中所有適用項) Medicare 受領人： <input type="checkbox"/> 65 歲及以上： <input type="checkbox"/> 其他：_____
---	---

客戶請注意：

- 所有有效 Medicare 持卡人、其他美國殘疾人法案 (ADA) 資格持卡人和 65 歲及以上人群具備該計畫資格。 無需醫療證明。請在此頁面向客戶服務代表提供年齡、身份和/Medicare 卡證明。
- 所有 GCT Hare Fare Breeze 持卡人必須在提供的照片 ID 到期後重新送出申請。
- 如果以上資訊不足以確定殘疾證明和半票計畫資格，客戶和許可醫療提供商應填寫第 2 頁。

GCT Half Fare Breeze 卡宣誓書

我同意以下 Reduced Fare Breeze 卡使用條款：

1. **不可轉讓：**此卡不可轉讓，如果由非持卡人出示，GCT 有權沒收此卡。
2. **歸 GCT 所有：**此 Half Fare Breeze 卡歸 GCT 所有，乘坐 GCT 巴士時必須出示。此外請注意，如果 GCT 官員要求，必須交出此卡。

申請人披露聲明：我據此授權指定醫療提供商披露填寫此證明所需的任何資訊。我瞭解這些資訊保密，未經我批准或在沒有法院指令的情況下，不得披露這些資訊。我瞭解 GCT 有權驗證我的 GCT Half Fare Breeze 卡資格。我瞭解，如果此申請表上的任何聲明虛假或不準確，我將失去 Half Fare 卡授予的權利。

申請人簽字：_____ 日期：_____

此部分必須由批准醫療提供商填寫

1. 申請人必須至少滿足第 3 頁資格指導原則上列出的一個條件。
2. 應說明並描述具體類別編號。
3. 如果存在臨時（超過 90 天但未達到永久）合格狀態，請描述性質和預計持續時間。
4. 申請人的財務狀況不滿足資格。
5. 申請人的毒品或酒精康復計畫本身不滿足計畫資格要求。

請從第 3 頁的資格指導原則中選擇指出合適殘疾類別。

類別編號： 要說明： _____

狀態（選擇一個）：臨時 永久 如果臨時，請指定持續時間： _____

批准醫療提供商證明（請使用印刷體）

醫療提供商： _____

提供商地址： _____

佐治亞州許可號： _____

電話號碼： _____

提供商簽字： _____ 日期： _____

我證明，上述個人滿足 *GCT Half Fare* 計畫指導原則（第 3 頁）中列出的資格條件。我瞭解，提供虛假資訊構成犯罪，將受到法律制裁。

填寫後，請透過郵件、傳真 (770-825-8162) 或投遞方式將第 1 & 2 頁送至 GCT 客戶服務中心。如果批准，將向申請人發送書面邀請，邀請其前往 GCT 客戶服務中心以頒發 **GCT Half Fare Breeze** 卡。

For Official Use Only

Approved

Denied Reason for Denial: _____

Staff Representative: _____ Date: _____

醫療證明資格指導原則

注意：以下指導原則不視為包括所有殘疾類型。以下類別和說明提供給醫療提供商，作為交通運輸行業內普遍接受的指導原則，以解釋聯邦運輸管理局 (FTA) 對希望參加交通運輸機構半票計畫人士的殘疾定義。

聯邦運輸管理局對殘疾人的定義如下：因為疾病、受傷、年齡、先天性障礙或者其他永久或臨時喪失能力或殘疾等原因，在沒有特殊設施或特殊計畫或設計的情況下無法像不受影響人士一樣有效使用大眾交通設施及服務的人士，包括無自理能力輪椅人士和半自理能力輪椅人士 (49 CFR 609.3)。

1. **無自理能力**：個人無法行走，需要借助輪椅或其他行動輔助設備
2. **半自理能力**：個人患有嚴重影響其行走能力的慢性病，或者在不使用下肢矯形器、助步架或拐杖的情況下無法行走。
3. **截肢**：個人的一隻或兩隻手、手臂、腳、或腿截肢
4. **中風**：個人在中風三個月後任意四肢出現嚴重功能性運動機能障礙，喪失平衡感和/或認知障礙。
5. **中風以外的神經性疾病**：個人因大腦、脊髓或末梢神經受傷或疾病而存在協調、交流、社交和/或感知障礙，存在功能性運動機能障礙，或表現出行動能力嚴重下降。
6. **肺病或心臟病**：個人患有肺病或心臟病，導致其在攀爬台階和/或短途行走等活動時出現明顯身體機能缺陷和呼吸困難。如果診斷結果為哮喘，請說明：a) 個人在過去六個月內一直接受全身性藥物治療。或者 b) 個人在過去六個月內被要求每週使用速效吸入器三次或以上。
7. **視力受損**：個人在法定意義上失明，其視力較好眼睛的矯正視敏度為 20/200 或更低，或者從固定點的管狀視為 10 度或更低，最寬直徑對向角度不大於 20 度。個人視力低下，最佳矯正視敏度在 20/70 到 20/200 之間。
8. **耳聾或聽力差**：個人雙耳純音聽閾均值高於 70 dB，無論是否使用助聽器。
9. **癲癇**：個人在過去四個月內至少發作過一次緊張性-臨床痙攣。
10. **發育或學習障礙**：個人存在嚴重學習、感知和/或認知障礙。一些病症不具備資格，如注意力缺乏症 (ADD) 和 ADHD。
11. **精神類疾病**：個人患有精神類疾病，包括影響判斷和行為的嚴重思維、感知、方向或記憶力障礙。
12. **慢性漸行性體弱病症**：個人患有體弱疾病、自體免疫缺乏或者漸行性和不可控惡性腫瘤。以上任何病症均存在疲勞、無力、疼痛和/或精神狀態變化，影響行動能力。