

何謂個人進出通行證？

個人進出通行證可允許紐約州患有身心障礙的居民（如所附申請中所定義）免費或以折扣價格使用由紐約州公園、娛樂和歷史保護辦公室 (Office of Parks, Recreation and Historic Preservation) 以及紐約州環境保護署 (Department of Environmental Conservation) 所營運的公園、歷史遺跡和娛樂設施。有關這些設施的說明，請造訪 www.parks.ny.gov 和 www.dec.ny.gov。

通行證持有者可以免費或以折扣價格使用由這些辦公室運營的設施，這些設施通常提供收費項目，例如停車、露營、果嶺費、游泳。

個人進出通行證不適用於某些費用的豁免，例如季節性港口碼頭、團體營地或小木屋租賃、藝術節目表演、消耗品（即木柴、電力或瓦斯）、露營地/小屋便利設施、預訂和登記等費用，以及由外部特許經營者經營的某些服務或據點。

申請表說明了申請進出通行證的資格和規定。

進出通行證上面印有到期日期。通行證持有者有責任在通行證到期後重新申請新的通行證。通行證不提供續期流程。

根據《公園、娛樂和歷史保護法》(Parks, Recreation and Historic Preservation Law) 第 3.09 節的規定，公園、娛樂和歷史保護辦公室有權收集此資訊。此資訊將用於確定您的資格並受理您的申請。如果您所提供的資訊不完整，我們將無法受理您的申請。此資訊將由地區計畫和服務局 (Regional Programs and Services Bureau) 進行維護，地址：State Parks, Albany, NY 12238，電話：518-474-2324，透過 711 提供 TTY/TDD 中轉服務。此資訊還可用於針對本計畫以及紐約州公園、娛樂和歷史保護辦公室的其他計畫與您聯絡。

為確保您的申請能夠獲得受理核准，請確保在提交申請時包含以下所有項目。

第一部分

- ✓ 填寫所有申請人資訊。(A 部分)
- ✓ 包括申請人的紐約州駕駛執照、非駕駛執照身分證或臨時身分證的影本。(B 部分)
- ✓ 在授權與證明上簽名並註明日期。(C 部分)

第二部分

- ✓ 根據您的身心障礙狀況，申請人必須填寫 A 部分或是務必請您的醫師填寫 B 部分並附上簽名/日期/醫生蓋章
- ! 本申請無法在任何地點進行現場受理。

請將此申請表及所有所需資料透過電子郵件傳送至：

Accesspass@parks.ny.gov

或透過郵件寄送至：

Access Pass
New York State Parks
Albany, NY 12238

我們需要 2-4 週的時間來受理此申請

與我們聯絡



如有任何疑問，請傳送電子郵件至 Accesspass@parks.ny.gov 或是造訪 parks.ny.gov/admission 中「與我們聯絡」的網頁。

ACCESS PASS
NEW YORK STATE PARKS
ALBANY, NEW YORK 12238



個人進出通行證

申請



Parks, Recreation and Historic Preservation
parks.ny.gov

Department of Environmental Conservation
dec.ny.gov

個人進出通行證指南



機會平等/平權行動機構計畫 (Equal Opportunity/Affirmative Action Agency Program)

第一部分：個人資訊

申請人必須填寫 A-C 部分

A. 申請人資訊

出生日期

社會安全號碼末 4 碼

名字

街道地址

城市或城鎮

州

郵遞區號

電話號碼

姓氏

郵寄地址 (如與街道地址不同)

城市或城鎮

州

郵遞區號

電子郵件地址 (如果您想接收 NY State Parks 計畫資訊。)

常用聯絡方式

 電子郵箱 電話

辦公專用

身心障礙分類代碼 _____ 拒絕代碼 _____

核准人 _____ 拒絕人 _____

B. 居住規定

申請人必須提供以下其中一項的影本，該影本必須以申請人的名義提供。



現行有效的紐約州駕駛執照、非駕駛執照身分證或臨時身分證的影本。掃描 QR 碼以瞭解申請方式。

C. 授權與認證

本人授權披露受理此申請所需的任何相關醫療資訊。本人茲證明，據本人所知，本人提供的資訊均真實無誤，且本人相信並瞭解，任何人蓄意提交包含任何重大不實資訊的聲明，或基於誤導的目的隱瞞與任何重要事實相關的資訊，均構成詐騙行為。根據《刑法》第 210.45 節，在本文中做出任何不實陳述均構成「A」級輕罪，並且將會受到處罰。

申請人/家長/法定監護人簽名

未滿 18 歲的申請人必須由家長或法定監護人簽名

日期

第二部分：證明

申請人必須填寫 A 部分
或者醫師必須填寫 B 部分

! 所有證明均必須在本申請日期起的一年內提供。請注意：

以下文件或相關證明不屬於可接受的身心障礙證明：

- 紐約州殘障人士專用停車許可證
- Medicare 或 Medicaid 卡
- 社會安全聲明
- 紐約州員工退休體系
- 紐約州勞工賠償委員會 (New York State Workers Compensation Board)
- 保險公司

A. 機構認證：附上本申請日期起一年內核發的以下其中一項證明文件：

- BL 視障人士：**紐約州視障者委員會 (New York State Commission for the Blind) 出具的證明，證明申請人為法定的視障者，視障者定義如下：當一個人的視力在完成最佳矯正後，狀況較佳眼睛的視力為 20/200 或更低，或者狀況較佳眼睛的視野角度為 20 度或更低。
- DD 發育障礙人士：**紐約州發育障礙人士辦公室 (Office for People With Developmental Disabilities) 出具的證明，證明申請人有資格從他們頒發執照、營運、認證或資助的計畫中獲得服務。常見的證明形式為照護等級資格認定 (Level of Care Eligibility Determination, LCED)、Lifeplan 或是以家庭和社區為基礎的服務豁免書 (Home and Community Based Services Waiver, HCBS)。
- MH 心理障礙患者：**紐約州心理健康辦公室 (New York State Office of Mental Health) 出具的證明，證明申請人在其頒發執照、營運、認證或資助的計畫中獲得服務。
- VA 具有 40% 或更高程度與服役相關身心障礙狀況的退伍軍人：**請附上由美國退伍軍人事務部 (U.S. Department of Veterans Affairs) 或紐約州退伍軍人服務部 (NYS Department of Veterans' Services) 提供的福利信函摘要。

B. 醫師證明：由醫生針對以下身心障礙情況填寫。醫師必須選擇適用的聲明並在申請日期起的一年內填妥以下證明。僅認可造成下列其中一項功能限制的身心障礙狀況。*手寫的其他或額外的狀況將不予認可。

- AM 手臂或腿部截肢者：**手臂或腿部完全或部分截肢或先天性缺少手臂或腿部，不包括手部和腳部的末端，即手指和腳趾。
- BL 視障人士：**中心視力為 20/200 或更低，或者視野受限，致使在使用矯正鏡片時，狀況較佳眼睛的視野最寬直徑所對的角度不大於 20 度。
- DF 聽障人士：**嚴重聽力喪失，導致患者主要依賴視覺溝通 (手語、讀唇術、手勢) 和輔助技術。
- WC 行動障礙人士：**患有永久性身心障礙而無法行走，因此一直需要使用輪椅。

! 醫師必須在申請表底部蓋章，或是寫一封提供者信函，明確指出申請人在第二部分的 B 部分中適用的資格要求。

醫師資訊

名字

姓氏

後綴

郵寄地址

城市或城鎮

州

郵遞區號

電話號碼

執照號碼

本人茲證明以下內容：申請人患有身心障礙狀況，本人已為其勾選適用的資格選項；本人目前在紐約州持有執照並執業；據本人所知，上述資訊均真實無誤；本人相信並瞭解，任何人蓄意提交包含任何重大不實資訊的聲明，或基於誤導的目的隱瞞與任何重要事實相關的資訊，均構成詐騙行為。

根據《刑法》第 210.45 節，在本文中做出任何不實陳述均構成「A」級輕罪，並且將會受到處罰。

醫師簽名

日期

醫師蓋章