



# TRANSPORTATION ACCESS PASS (TAP) CHARLIECARD

## Inscrição para o MBTA CharlieCard com tarifa reduzida para pessoas com deficiência

---

Pessoas com deficiência e portadores de cartão Medicare podem solicitar tarifas reduzidas da MBTA por meio de um cartão **CharlieCard Transportation Access Pass - TAP (Cartão para transporte)**

Para obter mais informações sobre o **TAP CharlieCard da MBTA**, visite: [mbta.com/transportation-access-pass](http://mbta.com/transportation-access-pass)

### Informações gerais:

- A inscrição pode estar sujeita a revisão adicional, dependendo da documentação apresentada.
- Você receberá uma Carta sobre o status da inscrição dentro de 6 a 8 semanas sobre sua elegibilidade para um Cartão TAP CharlieCard.
- Os requerentes aprovados devem visitar a CharlieCard Store para:
  1. Apresentar a carta de aprovação do TAP CharlieCard.
  2. Apresentar um documento de identificação com foto (válido) emitido pelo governo, como carteira de motorista, passaporte ou documento de identificação estadual.
  3. Tirar uma foto.
  4. Receber um cartão CharlieCard com tarifa reduzida temporário, que pode ser usado enquanto aguarda a chegada do cartão permanente TAP CharlieCard pelo correio no prazo de 10 dias úteis.
- Formulários incompletos não serão processados e serão devolvidos.

---

### ENVIE O FORMULÁRIO PREENCHIDO PARA:

MBTA CharlieCard Store  
Downtown Crossing Station  
Underground Concourse  
7 Chauncy Street  
Boston, MA 02111

---

## Envie o formulário preenchido para:

*Preencha de forma legível ou digite e preencha todas as informações.*

Status do requerente:  Primeira requisição  Renovação

Sobrenome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Inicial do meio: \_\_\_\_\_

Data de nascimento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

Endereço para correspondência (inclua todas as informações para a entrega por correio):

\_\_\_\_\_  
Endereço

\_\_\_\_\_  
Apartamento, suíte, prédio

\_\_\_\_\_  
Cidade

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
CEP

Telefone: \_\_\_\_\_ É um celular?  Sim  No

Endereço de e-mail: \_\_\_\_\_

Preferências de contato:  Correio  Telefone  E-mail

## Informações de contato de emergência

Nome: \_\_\_\_\_

Relacionamento: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

## Autorização para liberação de informações sobre deficiência

Entendo que todas as informações fornecidas por mim serão usadas exclusivamente para determinar minha elegibilidade para um Cartão CharlieCard Transportation Access Pass - TAP (Cartão de transporte).

Autorizo o profissional de saúde que está preenchendo este pedido a divulgar informações sobre minha deficiência à Massachusetts Bay Transportation Authority (MBTA).

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

\_\_\_\_\_  
Data

## PARTE B: Critérios de elegibilidade do TAP CharlieCard

### Requerentes automaticamente elegíveis

Os requerentes que atendam a um dos critérios abaixo são automaticamente elegíveis para um cartão Charlie de Transporte (TAP). Por favor: 1) preencha a PARTE A, 2) marque a categoria abaixo que se aplica ao seu caso e 3) visite a CharlieCard Store para apresentar a documentação original necessária (apenas documentos originais; não serão aceitos fotocópias ou fax).

<input type="checkbox"/>	<b>Portadores do cartão da Medicare, One Care ou Tufts Health Unify:</b> Apresente o Cartão Medicare Vermelho, Branco e Azul, o Cartão de Cuidados One Care da Commonwealth Care Alliance ou o Cartão Tufts Health Unify.
<input type="checkbox"/>	<b>Cliente da THE RIDE - RIDE ID #:</b> _____
<input type="checkbox"/>	<b>Veterano com uma deficiência igual ou superior a 70%:</b> Apresentar Carta resumo de benefícios em papel timbrado da Administração de Veteranos, especificando a classificação da deficiência.
<input type="checkbox"/>	<b>Portador de cartão de tarifa reduzida que não seja MBTA de MA ou de outro estado:</b> Apresentar cartão de tarifa reduzida atual do seu estado ou área com data de validade.
<input type="checkbox"/>	<b>Clientes dos seguintes órgãos:</b> <input type="checkbox"/> DMH/Departamento de Saúde Mental (incluindo fornecedores de DMH) <input type="checkbox"/> DDS/Departamento de Serviços de Desenvolvimento <input type="checkbox"/> MRC/Comissão de Reabilitação de Massachusetts  Apresentar carta original em papel timbrado do representante do órgão autorizado da agência (ou fornecedor), verificando o status de cliente atual.
<input type="checkbox"/>	<b>Formado ou atualmente matriculado no programa de treinamento da MBTA:</b> Apresentar carta assinada do instrutor de viagens em papel timbrado da MBTA.
<input type="checkbox"/>	<b>Placa de Incapacidade RMV</b>

### Todos os outros requerentes

Se não atender a um dos critérios acima: 1) preencha a PARTE A e 2) peça ao profissional de saúde licenciado preencher a PARTE C deste formulário. A versão em inglês da PARTE C está nas duas últimas páginas do formulário de inscrição.

## Normas e condições sobre tarifas reduzidas

- Sua participação no programa CharlieCard do Transportation Access Pass (TAP) é administrada de acordo com a Política de Privacidade da MBTA. A política pode ser encontrada em [www.mbta.com/policies/privacy-policy](http://www.mbta.com/policies/privacy-policy)
- O TAP CharlieCard está sujeito a inspeção ou revisão pelo pessoal da MBTA a qualquer momento para garantir o uso apenas pela pessoa autorizada..
- Uma pessoa não autorizada que utilize o TAP CharlieCard está sujeita a sanções penais/civis ao abrigo do Capítulo 161, Seção 113A das Leis Gerais de MA e/ou quaisquer outras Leis Gerais aplicáveis de MA. Além disso, você pode ser desqualificado ou suspenso do programa TAP CharlieCard por permitir o uso não autorizado do seu cartão.

## PARTE C: Certificação de profissionais de saúde

A PARTE C deve ser preenchida por um profissional de saúde licenciado ou certificado e deve ser recebida pela MBTA no prazo de 60 dias após a assinatura do profissional de saúde.

*Preencha de forma legível ou digite e preencha todas as informações.*

Nome do requerente: \_\_\_\_\_

Nome do profissional de saúde: \_\_\_\_\_

Título da licença: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

Número da licença: \_\_\_\_\_ Estado onde foi emitida: \_\_\_\_\_

Endereço comercial: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Endereço de e-mail: \_\_\_\_\_

**NOTA IMPORTANTE SOBRE O PROGRAMA:** A MBTA emite o Cartão Charlie de Transporte (TAP) com base no nível de dificuldade dos requerentes e no planejamento e esforço extras que podem ser necessários para usar ônibus/trens/metrô públicos devido a uma deficiência física, psiquiátrica, intelectual ou sensorial. O TAP CharlieCard é emitido para pessoas com deficiência que acham moderadamente/severamente difícil esperar por um ônibus, ouvir anúncios, ler sinais visuais, entender e/ou seguir instruções, embarcar no trem correto, manter a energia, sentir-se bem em multidões, caminhar certas distâncias para fazer a transferência entre os dos requerentes tipos de transportes, etc. O TAP CharlieCard **NÃO É EMITIDO** com base no nível de renda do requerente.

**A parte abaixo deve ser preenchida pelo Profissional de Saúde:**

**1. Qual é a deficiência do requerente?**

Use o(s) número(s) de categoria das Diretrizes (página 4): \_\_\_\_\_

Especifique o diagnóstico:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Como a deficiência causa dificuldade ao requerente, conforme descrito na seção “Observação importante sobre o programa” acima, ao viajar na MBTA?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Duração esperada da deficiência (selecione apenas uma das duas opções abaixo):**

Incapacidade de curto prazo (ou seja, condições com potencial de melhoria dentro de 1 ano)

Incapacidade de longo prazo (ou seja, condições sem expectativa de melhoria)

**4. Certifico que as informações fornecidas acima sobre este requerente do TAP CharlieCard da MBTA estão corretas, tanto quanto é do meu conhecimento:**

**Assinatura do Profissional de Saúde**

**Data**

*Nota: A MBTA reserva-se o direito de solicitar a assinatura original do profissional de saúde do requerente.*

## Diretrizes para profissionais de saúde

Use as categorias abaixo para responder à pergunta “Qual é a deficiência do requerente?” da Parte C: Certificação de profissionais de saúde.

<p><b>1. DEFICIÊNCIAS QUE EXIGEM MOBILIDADE COM RODAS</b>, como o uso de cadeira de rodas, scooter, etc.</p> <p><b>2. DEFICIÊNCIAS SEMIAMBULATORIAIS</b> que fazem com que uma pessoa caminhe com dificuldade ou insegurança, e que podem ou não exigir o uso de aparelhos ortopédicos para perna, andador, bengala, muletas ou outro dispositivo de mobilidade.</p> <p><b>3. CONDIÇÕES NEUROMUSCULARES/ MUSCULOESQUELÉTICAS GRAVES</b>, como distrofia muscular, osteogênese imperfeita ou artrite, em que a capacidade funcional fica limitada na capacidade de realizar atividades da vida diária.</p> <p><b>4. AMPUTAÇÃO DE UMA EXTREMIDADE:</b> Especifique qual(is) membro(s) é(são) afetado(s).</p> <p><b>5. EFEITOS GRAVES DE UM AVC</b>, incluindo condições em que há um déficit motor funcional afetando quaisquer dois membros ou ataxia quatro meses após a AVC.</p> <p><b>6. DOENÇAS PULMONARES GRAVES</b> (obstruções/restrições) que afetam a mobilidade, incluindo as que resultem em dispneia durante as atividades da vida diária, ao subir um lance de escadas normais ou ao caminhar 100 metros, com o menor esforço ou mesmo em repouso.</p> <p><b>7. DOENÇAS CARDÍACAS GRAVES</b>, incluindo as que resultam em restrição moderada ou acentuada da atividade física normal, e que podem causar fadiga, palpitações, dispneia ou dor de angina ao subir um lance de escadas ou caminhar uma ou mais quadras niveladas, com o menor esforço ou mesmo em repouso.</p> <p><b>8. INDIVÍDUOS IMUNOCOMPROMETIDOS</b>, devido a doenças como HIV/AIDS; câncer ou tratamento para câncer; transplante de órgãos ou medula óssea; ou doenças crônicas como lúpus ou artrite reumatoide.</p>	<p><b>9. BAIXA VISÃO</b> onde uma pessoa tem uma acuidade visual no olho melhor, após correção, de 20/70 ou menos, mas não é legalmente cego.</p> <p><b>10. LEGALMENTE CEGO</b> onde um indivíduo tem uma acuidade visual no olho melhor, após correção, de 20/200 ou menos; ou onde o campo periférico é de 10° de raio ou menos, independentemente da acuidade visual. Observe que os requerentes que possuem um Cartão/ Certificado de Identificação da Comissão Cego de MA ou outro certificado de cegueira poderão receber um Blind Access CharlieCard da MBTA.</p> <p><b>11. TRATAMENTO DE DIÁLISE RENAL.</b></p> <p><b>12. SURDO OU PORTADOR DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA.</b></p> <p><b>13. DEFICIÊNCIA MOTORA</b>, onde há um déficit motor funcional em quaisquer dois membros ou manifestações que reduzam significativamente a mobilidade, coordenação e/ou percepção.</p> <p><b>14. DEFICIÊNCIA INTELECTUAL</b></p> <p><b>15. EPILEPSIA (TRANSTORNO CONVULSIVO).</b></p> <p><b>16. AUTISMO:</b> Descreva a natureza e a extensão da deficiência.</p> <p><b>17. DEFICIÊNCIAS NEUROLÓGICAS</b> que afetam a aprendizagem, a percepção e o funcionamento comportamental. Inclua a natureza da condição e etiologia.</p> <p><b>18. DEFICIÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS</b> onde há uma doença mental de longo prazo que:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• inclui um grave distúrbio de pensamento, memória, percepção ou orientação, ou</li><li>• prejudica muito o julgamento, o comportamento, a capacidade de reconhecer a realidade, ou</li><li>• impacta significativamente a capacidade de atender às necessidades normais/independentes de suporte à vida, alimentos, abrigo, roupas, gestão de finanças e cuidados de saúde.</li></ul>
--	--

Para a PARTE C: Certificação Profissional de Saúde em inglês, consulte as páginas 5-6.

### For Internal Use Only

Staff Initials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Approved: \_\_\_\_\_ Auto Renew: \_\_\_\_\_ Denied: \_\_\_\_\_ Incomplete: \_\_\_\_\_

## PART C: Health Care Professional Certification

PART C **must be completed by a licensed or certified health care professional** and must be received by the MBTA within 60 days of the health care professional's signature.

*Please print legibly or type and complete all information.*

Name of applicant: \_\_\_\_\_

Name of Health Care Professional: \_\_\_\_\_

Licensure title: \_\_\_\_\_ Specialty: \_\_\_\_\_

License number: \_\_\_\_\_ State issued: \_\_\_\_\_

Business address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Email address: \_\_\_\_\_

**IMPORTANT PROGRAM NOTE:** The MBTA issues the Transportation Access Pass (TAP) CharlieCard based on the level of difficulty applicants experience, and the extra planning and effort that may be required, to use public buses/trains/subway due to a physical, psychiatric, intellectual, or sensory disability. The TAP CharlieCard is issued to applicants with disabilities who find it moderately/severely difficult to wait for a bus, hear announcements, read visual signs, understand and/or follow directions, board the correct train, maintain stamina, function well in crowds, walk certain distances to transfer between transit modes, etc. The TAP CharlieCard **IS NOT ISSUED** based on applicant's income level.

**The following must be completed by the Health Care Professional:**

**1. What is the applicant's disability?**

Use category number(s) from Guidelines (page 6): \_\_\_\_\_

Please specify diagnosis:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. How does the disability cause the applicant difficulty, as described in "Important Program Note" section above, when traveling on the MBTA?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Expected duration of disability (please select only one of the two options below):**

Short-term disability (i.e. conditions with potential for improvement within 1 year)

Long-term disability (i.e. conditions with no expectation of improvement)

**4. I certify that the information I have provided above about this MBTA TAP CharlieCard applicant is correct to the best of my knowledge:**

\_\_\_\_\_  
**Health Care Professional's Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

**Note:** The MBTA reserves the right to ask to see an original signature of the applicant's health care professional.

# Guidelines for Health Care Professionals

Please use the categories below to complete response to “What is the applicant’s disability?” of Part C: Health Care Professional Certification.

<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. DISABILITIES REQUIRING WHEELED MOBILITY</b> such as the use of a wheelchair, scooter, etc.</li> <li><b>2. SEMI-AMBULATORY DISABILITIES</b> that cause an individual to walk with difficulty or insecurity, and that may or may not require the use of leg braces, walker, cane, crutches, or other mobility device.</li> <li><b>3. SEVERE NEUROMUSCULAR / MUSCULOSKELETAL CONDITIONS</b> such as muscular dystrophy, osteogenesis imperfecta, or arthritis where functional capacity is limited in ability to perform activities of daily living.</li> <li><b>4. AMPUTATION OF AN EXTREMITY:</b> Please specify which limb(s) are affected.</li> <li><b>5. SEVERE EFFECTS FROM CVA (STROKE)</b> including conditions where there is a functional motor deficit affecting any two limbs or ataxia 4 months post-CVA.</li> <li><b>6. SEVERE PULMONARY CONDITIONS (obstructions/ restrictions)</b> that affect mobility, including those that result in dyspnea during activities of daily living; while climbing a flight of ordinary stairs or walking 100 yards; with the slightest exertion or even at rest.</li> <li><b>7. SEVERE CARDIAC CONDITIONS</b> including those that result in moderate or marked restriction in ordinary physical activity, and that may cause fatigue, palpitations, dyspnea, or angina pain while climbing a flight of ordinary stairs or walking one or more level blocks, with the slightest exertion or even at rest.</li> <li><b>8. IMMUNOCOMPROMISED</b> individuals, due to conditions such as HIV/AIDS; cancer or treatment for cancer; organ or bone marrow transplant; or chronic diseases such as lupus or rheumatoid arthritis.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>9. LOW VISION</b> where an individual has a visual acuity in the better eye, after correction, of 20/70 or less but is not legally blind.</li> <li><b>10. LEGALLY BLIND</b> where an individual has a visual acuity in the better eye, after correction, of 20/200 or less; or where the peripheral field is 10° radius or less, regardless of visual acuity. Please note that applicants with a current MA Commission for the Blind ID Card/Certificate or other blindness certification will be eligible for a MBTA Blind Access CharlieCard.</li> <li><b>11. KIDNEY DIALYSIS TREATMENT.</b></li> <li><b>12. DEAF/HARD OF HEARING.</b></li> <li><b>13. COORDINATION DISABILITIES</b> where there is a functional motor deficit in any two limbs or manifestations that significantly reduce mobility, coordination, and/or perception.</li> <li><b>14. INTELLECTUAL DISABILITY.</b></li> <li><b>15. EPILEPSY (CONVULSIVE DISORDER).</b></li> <li><b>16. AUTISM:</b> Please describe nature and extent of disability.</li> <li><b>17. NEUROLOGICAL DISABILITIES</b> affecting learning, perceptual, and behavioral functioning. Please include nature of condition and etiology.</li> <li><b>18. PSYCHIATRIC DISABILITIES</b> where there is a long-term mental illness that:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• includes a substantial disorder of thought, memory, perception, or orientation, or</li> <li>• significantly impairs judgment, behavior, capacity to recognize reality, or</li> <li>• significantly impacts ability to meet ordinary/ independent life support needs of food, shelter, clothing, management of finances, and health care.</li> </ul> </li> </ol>
--	---

**For Internal Use Only**

Staff Initials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Approved: \_\_\_\_\_ Auto Renew: \_\_\_\_\_ Denied: \_\_\_\_\_ Incomplete: \_\_\_\_\_