



PASE DE ACCESO AL TRANSPORTE (TAP) CHARLIECARD

Solicitud de la tarjeta CharlieCard de tarifa reducida de la MBTA para personas con discapacidades

Las personas con discapacidades y los titulares de la tarjeta de Medicare pueden solicitar tarifas reducidas de la MBTA a través de la **tarjeta CharlieCard con el Pase de Acceso al Transporte (TAP)**.

Para más información sobre la **TAP CharlieCard** de la MBTA, visite: mbta.com/transportation-access-pass

Información general:

- La solicitud puede estar sujeta a una revisión adicional en función de la documentación presentada.
- Recibirá una carta de estado de la solicitud en un plazo de 6 a 8 semanas con respecto a su elegibilidad para una TAP CharlieCard.
- Los solicitantes aprobados deben visitar la Tienda CharlieCard para:
 1. Presentar su carta de aprobación de la TAP CharlieCard.
 2. Presente una identificación oficial con fotografía como licencia de conducir, pasaporte o identificación estatal, con fecha de expiración no mayor a tres años.
 3. Que le hagan una foto.
 4. Recibir una tarjeta CharlieCard de tarifa reducida temporal, válida para su uso mientras espera que le llegue por correo su tarjeta TAP CharlieCard permanente en un plazo de 10 días laborables.
- Las solicitudes incompletas no se tramitarán y le serán devueltas.

POR FAVOR, ENTREGUE LA SOLICITUD COMPLETADA EN:

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

PARTE A: Información del solicitante

Por favor, escriba en letra de molde o a máquina y complete toda la información.

Tipo de solicitud: Primera vez Renovación

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Dirección postal (incluya todos los datos obligatorios para la entrega del correo):

Dirección

Apartamento, suite, edificio

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono: _____ ¿Es un teléfono móvil? Sí No

Dirección de correo electrónico: _____

Preferencias de contacto: Correo Teléfono Envíe un correo electrónico a

Información de contacto en caso de emergencia

Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Autorización de divulgación de información sobre discapacidades

Entiendo que toda la información proporcionada por mí se utilizará únicamente para determinar mi elegibilidad para un Pase de Acceso al Transporte (TAP) CharlieCard.

Autorizo al profesional de la salud que rellena esta solicitud a facilitar información sobre mi discapacidad a la Autoridad de Transporte de la Bahía de Massachusetts (MBTA).

Firma del aplicante

Fecha

PARTE B: Criterios de elegibilidad de la TAP CharlieCard

Solicitantes elegibles automáticamente

Los solicitantes que cumplan uno de los criterios que se indican a continuación son automáticamente aptos para obtener una tarjeta CharlieCard de acceso al transporte (TAP). Por favor: 1) complete la PARTE A, 2) marque la categoría de abajo que le corresponda y 3) visite la Tienda CharlieCard para presentar la documentación original obligatoria (solo documentos originales; no se aceptan fotocopias ni faxes).

<input type="checkbox"/>	Titular de la tarjeta de Medicare, One Care o Tufts Health Unify: Presente su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare, la tarjeta One Care de la Mancomunidad o la tarjeta Unify de Tufts Health.
<input type="checkbox"/>	Cliente actual de THE RIDE - RIDE ID #: _____
<input type="checkbox"/>	Veterano con una calificación de discapacidad del 70% o superior: Presentar carta de resumen de beneficios en papel con membrete de la Administración para veteranos (Veterans Administration), especificando el grado de discapacidad.
<input type="checkbox"/>	Titular actual de una tarjeta de tarifa reducida no perteneciente a la MBTA de MA o de fuera del estado: Presente una tarjeta de tarifa reducida actual de su estado o zona con fecha de caducidad.
<input type="checkbox"/>	<p>Cientes de las siguientes agencias:</p> <p><input type="checkbox"/> DMH/Departamento de Salud Mental (incluidos los proveedores de DMH)</p> <p><input type="checkbox"/> DDS/Departamento de Servicios de Desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> MRC/Comisión de Rehabilitación de Massachusetts</p> <p>Presente una carta original con membrete de la agencia, del representante autorizado de la misma (o del proveedor), en la que se verifique la condición de cliente actual.</p>
<input type="checkbox"/>	Graduado de o actualmente inscrito en el programa de entrenamiento para viajes de la MBTA: Presente una carta firmada por el entrenador de ese programa en papel con membrete de la MBTA.
<input type="checkbox"/>	Placa de discapacidad de RMV

Todos los demás solicitantes

Si no cumple uno de los criterios anteriores, por favor 1) complete la PARTE A, y 2) haga que su profesional de la salud autorizado complete la PARTE C de esta solicitud. La versión en inglés de la PARTE C se encuentra en las dos últimas páginas del formulario de solicitud..

Normas y condiciones de uso de la tarifa reducida

- Su participación en el programa CharlieCard del Pase de Acceso al Transporte (TAP) se administra de acuerdo con la Política de Privacidad de la MBTA. La política se puede encontrar en www.mbta.com/policies/privacy-policy
- Su TAP CharlieCard está sujeta a la inspección o revisión por parte del personal de la MBTA en cualquier momento para garantizar que solo la utilice la persona autorizada.
- Una persona no autorizada que utilice su TAP CharlieCard está sujeta a sanciones penales/civiles según el Capítulo 161, Sección 113A de las Leyes Generales de MA y/o cualquier otra Ley General de MA aplicable. Además, puede ser descalificado o suspendido de participar en el programa TAP CharlieCard por permitir el uso no autorizado de su tarjeta.

PARTE C: Certificación de profesionales de la salud

La PARTE C **debe ser completada por un profesional de la salud autorizado o certificado** y debe ser recibida por la MBTA dentro de los 60 días siguientes a la firma del profesional de la salud.

Por favor, escriba en letra de molde o a máquina y complete toda la información.

Nombre del profesional de la salud: _____

Título de licencia: _____ Especialidad: _____

Número de licencia: _____ Estado que la emite: _____

Dirección de la empresa: _____

Ciudad: _____ Estado:: _____ C.P.: _____

Téléphone: _____ Adresse électronique : _____

NOTA IMPORTANTE SOBRE EL PROGRAMA: La MBTA emite la tarjeta CharlieCard de acceso al transporte (TAP) basándose en el nivel de dificultad que experimentan los solicitantes, y en la planificación y el esfuerzo adicionales que pueden ser obligatorios, para utilizar los autobuses/trenes/metro públicos debido a una discapacidad física, psiquiátrica, intelectual o sensorial. La tarjeta TAP CharlieCard se expide a los solicitantes con discapacidades a los que les resulta moderada/gravemente difícil esperar un autobús, oír los anuncios, leer las señales visuales, entender y/o seguir las indicaciones, subir al tren correcto, mantener la resistencia, desenvolverse bien entre la multitud, caminar ciertas distancias para hacer transbordos entre los modos de transporte, etc. La tarjeta TAP CharlieCard **NO SE EXPIDE** en función del nivel de ingresos del solicitante.

El profesional de la salud debe completar lo siguiente:

1. Cuál es la discapacidad del solicitante?

Use los números de categoría de las Directrices (página 4): _____

Por favor, especifique el diagnóstico:

2. ¿De qué manera la discapacidad causa al solicitante dificultades, tal como se describe en la sección “Nota importante del programa” anterior, al viajar en la MBTA?

3. Duración prevista de la discapacidad (seleccione solo una de las dos opciones siguientes):

- Discapacidad a corto plazo (es decir, condiciones con potencial de mejora en el plazo de 1 año)
 Discapacidad de larga duración (es decir, condiciones sin expectativas de mejora)

4. Certifico que la información que he proporcionado arriba sobre este solicitante de la tarjeta TAP CharlieCard de la MBTA es correcta a mi leal saber y entender:

Firma del profesional de la salud

Fecha

Directrices para los profesionales de la salud

Use las categorías que aparecen a continuación para completar la respuesta a “¿Cuál es la discapacidad del solicitante?” de la Parte C: Certificación de profesionales de la salud.

<ol style="list-style-type: none"> 1. DISCAPACIDADES QUE REQUIEREN MOVILIDAD CON RUEDAS como el uso de una silla de ruedas, un scooter, etc. 2. DISCAPACIDADES SEMIAMBULATORIAS que hacen que un individuo camine con dificultad o inseguridad, y que pueden o no requerir el uso de aparatos ortopédicos, andador, bastón, muletas u otro dispositivo de movilidad. 3. CONDICIONES NEUROMUSCULARES / MUSCULOSCLARES SEVERAS, como distrofia muscular, osteogénesis imperfecta o artritis, en las que la capacidad funcional está limitada para realizar actividades de la vida diaria. 4. AMPUTACIÓN DE UNA EXTREMIDAD: Especifique qué miembro(s) está(n) afectado(s). 5. EFFECTOS SEVEROS DE UN ACV (INFARTO), incluyendo las condiciones en las que hay un déficit motor funcional que afecta a cualquiera de las dos extremidades o ataxia 4 meses después del ACV. 6. CONDICIONES PULMONARES SEVERAS (obstrucciones/restricciones) que afectan a la movilidad, incluidas las que provocan disnea durante las actividades de la vida diaria; al subir un tramo de escaleras ordinarias o al caminar 100 metros; con el menor esfuerzo o incluso en reposo. 7. CONDICIONES CARDIACAS SEVERAS, incluyendo aquellas que dan lugar a una restricción moderada o marcada en la actividad física ordinaria, y que pueden causar fatiga, palpitaciones, disnea o dolor de angina mientras se sube un tramo de escaleras ordinarias o se camina una o más manzanas a nivel, con el más mínimo esfuerzo o incluso en reposo. 8. Individuos INMUNOCOMPROMETIDOS, debido a condiciones como el VIH/SIDA; cáncer o tratamiento para el cáncer; trasplante de órganos o médula ósea; o enfermedades crónicas como el lupus o la artritis reumatoide. 	<ol style="list-style-type: none"> 9. VISIÓN LIMITADA cuando un individuo tiene una agudeza visual en el mejor ojo, después de la corrección, de 20/70 o menos pero no es legalmente ciego. 10. CIEGOS LEGALES cuando un individuo tiene una agudeza visual en el mejor ojo, después de la corrección, de 20/200 o menos; o cuando el campo periférico es de 10° de radio o menos, independientemente de la agudeza visual. Tenga en cuenta que los solicitantes con una tarjeta de identificación/certificado de la Comisión de Ciegos de Massachusetts u otra certificación de ceguera serán elegibles para una CharlieCard de acceso para ciegos de la MBTA. 11. TRATAMIENTO DE DIÁLISIS RENAL. 12. SORDOS/DISCAPACITADOS AUDITIVOS. 13. DISCAPACIDADES DE COORDINACIÓN cuando existe un déficit motor funcional en cualquiera de los dos miembros o manifestaciones que reducen significativamente la movilidad, la coordinación y/o la percepción. 14. DISCAPACIDAD INTELECTUAL. 15. EPILEPSIA (TRASTORNO CONVULSIVO). 16. AUTISMO: Describa la naturaleza y el alcance de la discapacidad. 17. DISCAPACIDADES NEUROLÓGICAS que afectan al funcionamiento del aprendizaje, la percepción y el comportamiento. Por favor, incluya la naturaleza de la condición y la etiología. 18. DISCAPACIDADES PSIQUIÁTRICAS cuando existe una enfermedad mental de larga duración que: <ul style="list-style-type: none"> • incluye un trastorno sustancial del pensamiento, la memoria, la percepción o la orientación, o • perjudica significativamente el juicio, el comportamiento, la capacidad de reconocer la realidad o • afecta significativamente a la capacidad de satisfacer las necesidades de apoyo vital ordinario/independiente de alimentación, alojamiento, ropa, gestión de las finanzas y atención médica.
---	---

Pour la PARTIE C : Health Care Professional Certification en anglais, voir les pages 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 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

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"> 1. DISABILITIES REQUIRING WHEELED MOBILITY such as the use of a wheelchair, scooter, etc. 2. SEMI-AMBULATORY DISABILITIES 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. 3. SEVERE NEUROMUSCULAR / MUSCULOSKELETAL CONDITIONS such as muscular dystrophy, osteogenesis imperfecta, or arthritis where functional capacity is limited in ability to perform activities of daily living. 4. AMPUTATION OF AN EXTREMITY: Please specify which limb(s) are affected. 5. SEVERE EFFECTS FROM CVA (STROKE) including conditions where there is a functional motor deficit affecting any two limbs or ataxia 4 months post-CVA. 6. SEVERE PULMONARY CONDITIONS (obstructions/ restrictions) 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. 7. SEVERE CARDIAC CONDITIONS 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. 8. IMMUNOCOMPROMISED 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 9. LOW VISION where an individual has a visual acuity in the better eye, after correction, of 20/70 or less but is not legally blind. 10. LEGALLY BLIND 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. 11. KIDNEY DIALYSIS TREATMENT. 12. DEAF/HARD OF HEARING. 13. COORDINATION DISABILITIES where there is a functional motor deficit in any two limbs or manifestations that significantly reduce mobility, coordination, and/or perception. 14. INTELLECTUAL DISABILITY. 15. EPILEPSY (CONVULSIVE DISORDER). 16. AUTISM: Please describe nature and extent of disability. 17. NEUROLOGICAL DISABILITIES affecting learning, perceptual, and behavioral functioning. Please include nature of condition and etiology. 18. PSYCHIATRIC DISABILITIES where there is a long-term mental illness that: <ul style="list-style-type: none"> • includes a substantial disorder of thought, memory, perception, or orientation, or • significantly impairs judgment, behavior, capacity to recognize reality, or • significantly impacts ability to meet ordinary/ independent life support needs of food, shelter, clothing, management of finances, and health care.
--	---

For Internal Use Only

Staff Initials: _____ Date: _____

Approved: _____ Auto Renew: _____ Denied: _____ Incomplete: _____