



# CARTE CHARLIECARD D'ACCÈS AUX TRANSPORTS (TRANSPORTATION ACCESS PASS / TAP)

## Demande de carte CharlieCard à tarif réduit de la MBTA pour les personnes en situation de handicap

---

Les personnes en situation de handicap et les titulaires d'une carte Medicare peuvent demander à bénéficier d'une réduction des tarifs de la MBTA grâce à la carte **CharlieCard Transportation Access Pass (TAP)**.

Pour plus d'informations sur la carte CharlieCard TAP de la MBTA, veuillez visiter le site : [mbta.com/transportation-access-pass](http://mbta.com/transportation-access-pass)

### Informations générales :

- La demande peut faire l'objet d'un examen supplémentaire en fonction des documents présentés.
- Vous recevrez dans un délai de 6 à 8 semaines une lettre sur l'état de votre demande concernant votre admissibilité à une carte CharlieCard TAP.
- Les candidat(e)s approuvé(e)s doivent se rendre dans le magasin CharlieCard pour :
  1. Présenter la lettre d'approbation de votre CharlieCard TAP.
  2. Présenter une pièce d'identité valide (non expirée) avec photo délivrée par le gouvernement, telle qu'un permis de conduire, un passeport ou une carte d'identité de l'État.
  3. Se faire photographier.
  4. Recevoir une CharlieCard temporaire à tarif réduit, valable en attendant que votre CharlieCard TAP permanente vous parvienne par la poste dans les 10 jours ouvrés.
- Les demandes incomplètes ne seront pas traitées et vous seront renvoyées.

---

### VEUILLEZ RENVOYER LE FORMULAIRE DE DEMANDE REMPLI À :

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

---

## PARTIE A : Informations sur la personne faisant la demande

*Veillez écrire lisiblement ou dactylographier, et communiquer toutes les informations demandées.*

Statut de la personne faisant la demande :  Première demande  Renouvellement

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale du second prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (MM/JJ/AAAA) : \_\_\_\_\_

Adresse postale (inclure toutes les informations requises pour la livraison du courrier) :

\_\_\_\_\_  
Adresse (rue)

\_\_\_\_\_  
Appartement, suite, bâtiment

\_\_\_\_\_  
Ville

\_\_\_\_\_  
État

\_\_\_\_\_  
Code postal

Téléphone : \_\_\_\_\_ Est-ce un téléphone portable ?  Oui  Non

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Personne à contacter de préférence :  Courrier postal  Téléphone  E-mail

## Coordonnées de la personne à contacter en cas d'urgence

Nom : \_\_\_\_\_

Relation : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

## Autorisation de divulgation de renseignements sur le handicap

Je comprends que tous les renseignements que j'ai fournis seront utilisés uniquement pour déterminer mon admissibilité à la carte CharlieCard Transportation Access Pass (TAP).

J'autorise le professionnel de santé qui remplit cette demande à communiquer des informations sur mon handicap à la Massachusetts Bay Transportation Authority (MBTA).

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Date

## PARTIE B : Critères d'admissibilité à la carte CharlieCard TAP

### Candidat(e)s automatiquement admissibles

Les personnes faisant une demande qui répondent à l'un des critères ci-dessous sont automatiquement admissibles pour une carte CharlieCard Transportation Access Pass (TAP). Veuillez: 1) remplir la PARTIE A, 2) cocher la catégorie ci-dessous qui s'applique à vous, et 3) vous rendre au magasin CharlieCard pour présenter les documents originaux requis (documents originaux uniquement; aucune photocopie ou télécopie n'est acceptée).

<input type="checkbox"/>	<b>Titulaire d'une carte Medicare, One Care ou Tufts Health Unify :</b> Présenter votre carte Medicare rouge, blanche et bleue, votre carte Commonwealth Care Alliance One Care ou votre carte Tufts Health Unify.
<input type="checkbox"/>	<b>Client(e) actuel(le) de THE RIDE -</b> Identifiant RIDE n° : _____
<input type="checkbox"/>	<b>Ancien combattant ayant un taux d'invalidité de 70 % ou plus :</b> Présenter une lettre de résumé des prestations sur papier à en-tête de l'Administration des anciens combattants, précisant la cote d'invalidité.
<input type="checkbox"/>	<b>Titulaire actuel(le) d'une carte à tarif réduit non-MBTA du MA ou de l'extérieur de l'État :</b> Présenter une carte de tarif réduit en cours de validité de votre État ou de votre pays avec une date d'expiration.
<input type="checkbox"/>	<b>Client(e)s des agences suivantes :</b> <input type="checkbox"/> DMH/Department of Mental Health (Département de la santé mentale) (y compris les fournisseurs de DMH) <input type="checkbox"/> DDS/Department of Developmental Services (Département des services de développement) <input type="checkbox"/> MRC/Massachusetts Rehabilitation Commission (Commission de réhabilitation du Massachusetts)  Présenter l'original d'une lettre sur papier à en-tête de l'agence, émanant d'un représentant autorisé de l'agence (ou du fournisseur) et attestant du statut de client actuel.
<input type="checkbox"/>	<b>Diplômé(e) ou actuellement inscrit(e) à un programme de formation sur les lignes de la MBTA :</b> Présenter une lettre signée de votre formateur en matière de lignes sur papier à en-tête de la MBTA.
<input type="checkbox"/>	<b>Attestation d'invalidité du RMV</b>

### Tous les autres candidats

Si vous ne répondez pas à l'un des critères ci-dessus, veuillez : 1) remplir la PARTIE A, et 2) demander à votre professionnel de santé agréé de remplir la PARTIE C du présent formulaire de demande. La version anglaise de la PARTIE C se trouve sur les deux dernières pages du formulaire de candidature.

## Règles et conditions d'utilisation des tarifs réduits

- Votre participation au programme CharlieCard Transportation Access Pass (TAP) est gérée conformément à la Politique de confidentialité de la MBTA. Cette Politique peut être consultée à l'adresse [www.mbta.com/policies/privacy-policy](http://www.mbta.com/policies/privacy-policy)
- Votre carte CharlieCard TAP peut être inspectée ou examinée par le personnel de la MBTA à tout moment afin de s'assurer qu'elle n'est utilisée que par la personne autorisée.
- Une personne non autorisée utilisant votre carte CharlieCard TAP est passible de sanctions pénales/civiles en vertu du Chapitre 161, Section 113A des Lois générales du MA et/ou de toute autre Loi générale du MA applicable. En outre, vous pouvez être disqualifié(e) ou suspendu(e) de toute participation au programme CharlieCard TAP si vous permettez une utilisation non autorisée de votre carte.

## PARTIE C : Certification d'un professionnel de santé

La PARTIE C doit être remplie par un professionnel de santé agréé ou certifié, et elle doit être reçue par la MBTA dans les 60 jours suivant la signature par le professionnel de santé.

*Veuillez écrire lisiblement ou dactylographier, et communiquer toutes les informations.*

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_

Nom du professionnel de santé : \_\_\_\_\_

Titre du permis d'exercer : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

Numéro de licence : \_\_\_\_\_ État de délivrance : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse électronique : \_\_\_\_\_

**NOTE IMPORTANTE SUR LE PROGRAMME:** La MBTA délivre la carte CharlieCard Transportation Access Pass (TAP) en fonction du niveau de difficulté que rencontrent les demandeurs, ainsi que de la planification et des efforts supplémentaires qu'ils doivent fournir pour utiliser les autobus, trains et métros publics en raison d'un handicap physique, psychiatrique, intellectuel ou sensoriel. La carte CharlieCard TAP est délivrée aux personnes en situation de handicap qui éprouvent des difficultés modérées ou graves à attendre l'autobus, à entendre les annonces, à lire les signes visuels, à comprendre et/ou à suivre les instructions, à monter dans le bon train, à conserver leur endurance, à se déplacer au sein d'une foule, à marcher sur certaines distances pour passer d'un mode de transport à un autre, etc. La carte CharlieCard TAP **N'EST PAS DÉLIVRÉE** en fonction du niveau de revenu du demandeur.

**Ce qui suit doit être rempli par le professionnel de santé :**

**1. Quel est le handicap du demandeur?**

Utilisez le(s) numéro(s) de catégorie des Directives (page 4) : \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer le diagnostic :

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

**2. Comment le handicap cause-t-il au demandeur des difficultés, telles que décrites dans la section « Remarque importante sur le programme » ci-dessus, lors de ses déplacements dans les locaux/véhicules de la MBTA?**

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

**3. Durée prévue de l'invalidité (veuillez choisir une seule des deux options ci-dessous) :**

Invalidité à court terme (c'est-à-dire les affections susceptibles de s'améliorer dans un délai d'un an)

Invalidité à long terme (c'est-à-dire des affections sans espoir d'amélioration)

**4. Je certifie que les informations que j'ai fournies ci-dessus concernant ce demandeur de carte CharlieCard TAP de la MBTA sont correctes au mieux de mes connaissances :**

\_\_\_\_\_  
**Signature du professionnel de la santé**

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

*Remarque : La MBTA se réserve le droit de demander à voir une signature originale du professionnel de la santé du demandeur.*

## Directives pour les professionnels de santé

Veillez utiliser les catégories ci-dessous pour compléter la réponse à la question « Quel est le handicap du demandeur ? » de la Partie C : Certification du professionnel de santé.

<ol style="list-style-type: none"><li><b>1. INVALIDITÉS NÉCESSITANT UN DISPOSITIF DE MOBILITÉ AVEC DES ROUES</b>, comme l'utilisation d'un fauteuil roulant, d'un scooter, etc.</li><li><b>2. INVALIDITÉS SEMI-AMBULATOIRES</b> qui font qu'une personne marche avec difficulté ou insécurité, et qui peuvent ou non nécessiter l'utilisation d'appareils orthopédiques, d'un déambulateur, d'une canne, de béquilles ou d'un autre dispositif de mobilité.</li><li><b>3. AFFECTIONS NEUROMUSCULAIRES / MUSCULOSQUELETTIQUES GRAVES</b> telles que la dystrophie musculaire, l'ostéogénèse imparfaite ou l'arthrite, lorsque la capacité fonctionnelle est limitée dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne.</li><li><b>4. AMPUTATION D'UNE EXTRÉMITÉ:</b> Veuillez préciser le(s) membre(s) concerné(s).</li><li><b>5. EFFETS GRAVES D'UN AVC</b>, y compris les conditions dans lesquelles il existe un déficit moteur fonctionnel affectant deux membres ou une ataxie quatre mois après l'AVC.</li><li><b>6. AFFECTIONS PULMONAIRES GRAVES</b> (obstructions/restrictions) qui affectent la mobilité, y compris celles qui entraînent une dyspnée pendant les activités de la vie quotidienne, en montant un escalier ordinaire ou en marchant 100 mètres, au moindre effort ou même au repos.</li><li><b>7. AFFECTIONS CARDIAQUES GRAVES</b>, y compris celles qui entraînent une restriction modérée ou marquée de l'activité physique ordinaire, et qui peuvent provoquer de la fatigue, des palpitations, une dyspnée ou des douleurs causées par une angine de poitrine, en montant un escalier ordinaire ou en marchant autour d'un ou de plusieurs pâtés de maisons de niveau, au moindre effort ou même au repos.</li><li><b>8. Personnes IMMUNOCOMPROMISES</b>, en raison d'affections telles que le VIH/sida, le cancer ou le traitement du cancer, une greffe d'organe ou de moelle osseuse, ou des maladies chroniques telles que le lupus ou la polyarthrite rhumatoïde.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li><b>9.</b> Personne ayant une <b>FAIBLE VISION</b>, dont l'acuité visuelle du meilleur œil, après correction, est de 20/70 ou moins, mais qui n'est pas légalement aveugle.</li><li><b>10.</b> Personne <b>AVEUGLE AU SENS DE LA LOI</b>, lorsque l'acuité visuelle du meilleur œil, après correction, est de 20/200 ou moins ; ou lorsque le champ périphérique a un rayon de 10° ou moins, quelle que soit l'acuité visuelle. Veuillez noter que les demandeurs disposant d'une carte/d'un certificat d'identité de la MA Commission for the Blind ou d'une autre certification de cécité auront droit à la carte CharlieCard Blind Access de la MBTA.</li><li><b>11. TRAITEMENT PAR DIALYSE RÉNALE.</b></li><li><b>12. PERSONNES SOURDES/MALENTENDANTES.</b></li><li><b>13. DÉFICITS DE COORDINATION</b> lorsqu'il existe un déficit moteur fonctionnel dans deux membres ou des manifestations qui réduisent de manière significative la mobilité, la coordination et/ou la perception.</li><li><b>14. INVALIDITÉ INTELLECTUELLE.</b></li><li><b>15. ÉPILEPSIE (TROUBLE CONVULSIF).</b></li><li><b>16. AUTISME:</b> Veuillez décrire la nature et l'étendue du handicap.</li><li><b>17. INVALIDITÉS NEUROLOGIQUES</b> affectant l'apprentissage, la perception et le comportement. Veuillez inclure la nature de l'affection et l'étiologie.</li><li><b>18. INVALIDITÉS PSYCHIATRIQUES</b>, lorsqu'il existe une maladie mentale à long terme qui :<ul style="list-style-type: none"><li>• comprend un trouble substantiel de la pensée, de la mémoire, de la perception ou de l'orientation, ou</li><li>• altère de manière significative le jugement, le comportement ou la capacité d'identification de la réalité, ou</li><li>• affecte de manière significative la capacité à répondre aux besoins ordinaires/indépendants de subsistance tels que l'alimentation, le logement, l'habillement, la gestion des finances et les soins de santé.</li></ul></li></ol>
---	---

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 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: \_\_\_\_\_