



PASE DE ACCESO AL TRANSPORTE (TAP) CHARLIECARD - Certificación De Profesionales De La Salud

El formulario de Certificación de Profesional de Atención Médica debe ser completado por un profesional de atención médica con licencia o certificado y debe ser recibido por la MBTA dentro de los 60 días posteriores a la firma del profesional de atención médica.

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

Nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento del solicitante (MM/DD/AAAA) _____ Número telefónico del solicitante _____

Correo electrónico del solicitante _____

Dirección postal del solicitante _____

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 2): _____

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

Nota: La MBTA se reserva el derecho de solicitar ver una firma original del profesional de la salud del solicitante.

Directrices para los profesionales de la salud

Utilice las siguientes categorías para completar la respuesta a “¿Cuál es la discapacidad del solicitante?” del formulario de Certificación de Profesional de la Salud.

<p>1. DISCAPACIDADES QUE REQUIEREN MOVILIDAD CON RUEDAS como el uso de una silla de ruedas, un scooter, etc.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4. AMPUTACIÓN DE UNA EXTREMIDAD: Especifique qué miembro(s) está(n) afectado(s).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>11. TRATAMIENTO DE DIÁLISIS RENAL.</p> <p>12. SORDOS/DISCAPACITADOS AUDITIVOS.</p> <p>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.</p> <p>14. DISCAPACIDAD INTELECTUAL.</p> <p>15. EPILEPSIA (TRASTORNO CONVULSIVO).</p> <p>16. AUTISMO: Describa la naturaleza y el alcance de la discapacidad.</p> <p>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.</p> <p>18. DISCAPACIDADES PSIQUIÁTRICAS cuando existe una enfermedad mental de larga duración que:</p> <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.
--	---

Para el formulario de certificación profesional de la salud en inglés, consulte las páginas 3 y 4.



TAP CHARLIECARD - HEALTH CARE PROFESSIONAL CERTIFICATION

The Health Care Professional Certification form **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: _____

Applicant DOB (MM/DD/YYYY): _____ Applicant Phone: _____

Applicant Email: _____

Applicant Mailing Address: _____

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 2): _____

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 the response to “What is the applicant’s disability?” of the Health Care Professional Certification form.

<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.
---	---