



THẺ CHUYÊN CHỖ (TRANSPORTATION ACCESS PASS, HAY TAP) CHARLIECARD - Xác Nhận của Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe

Mẫu Chứng nhận Chuyên gia Chăm sóc Sức khỏe phải được hoàn thành bởi một chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép hoặc chứng nhận và MBTA phải nhận được trong vòng 60 ngày kể từ ngày chuyên gia chăm sóc sức khỏe có chữ ký.

Xin viết rõ ràng hoặc đánh máy và điền đầy đủ thông tin.

Tên của người nộp đơn: _____

Ngày sinh của người ghi danh (Tháng/Ngày/Năm): _____

Điện thư (email) của người ghi danh: _____ Điện thoại của người ghi danh: _____

Địa chỉ thư tín của người ghi danh: _____

Tên của Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe: _____

Chức danh ghi trên giấy phép: _____ Chuyên khoa: _____

Số giấy phép: _____ Tiểu bang cấp: _____

Địa chỉ cơ quan: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Bưu chính: _____

Điện thoại: _____ Địa chỉ điện thư: _____

LƯU Ý QUAN TRỌNG CỦA CHƯƠNG TRÌNH: MBTA cấp Thẻ Chuyên Chở (Transportation Access Pass, hay TAP) CharlieCard dựa trên mức khó khăn của đương đơn, cũng như có thể họ phải hoạch định và nỗ lực thêm để sử dụng xe buýt/xe lửa/xe điện ngầm công cộng do tình trạng khuyết tật về thể chất, tâm thần, trí tuệ, hoặc cảm giác. Thẻ TAP CharlieCard được cấp cho những đương đơn khuyết tật vừa phải/rất khó khăn khi phải đợi xe buýt, nghe thông báo, đọc biển hiệu, hiểu và/hoặc làm theo chỉ dẫn, lên xuống tàu, duy trì thể lực ổn định, hoạt động tốt trong đám đông, đi bộ một khoảng đến điểm chuyển xe giữa các nơi nối tuyến, v.v... Thẻ TAP CharlieCard **KHÔNG ĐƯỢC CẤP** dựa trên mức lợi tức của đương đơn.

Phần dưới đây phải do Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe điền:

1. Tình trạng khuyết tật của đương đơn là gì?

Dùng (các) số phân loại theo Hướng Dẫn (trang 2): _____

Xin nêu cụ thể chẩn đoán:

2. Theo mô tả ở đoạn trên đây trong phần “Lưu Ý Quan Trọng của Chương Trình” thì tình trạng khuyết tật làm đương đơn thấy khó khăn ra sao khi đi lại trên MBTA?

3. Dự tính khuyết tật kéo dài bao lâu (xin chỉ chọn một trong hai lựa chọn dưới đây):

Khuyết tật ngắn hạn (chẳng hạn bệnh trạng cải tiến khả dĩ trong vòng 1 năm)

Khuyết tật lâu dài (chẳng hạn bệnh trạng không có kỳ vọng cải tiến)

4. Tôi xác nhận rằng thông tin tôi cung cấp ở trên về đương đơn nộp đơn ghi danh Thẻ TAP CharlieCard của MBTA này là đúng theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi:

Chữ ký của Chuyên gia Chăm sóc Sức khỏe

Ngày

Lưu ý: MBTA có quyền yêu cầu xem chữ ký gốc của chuyên gia chăm sóc sức khỏe của người nộp đơn.

Hướng Dẫn cho Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe

Vui lòng sử dụng các loại bên dưới để hoàn thành câu trả lời cho “Tình trạng khuyết tật của người nộp đơn là gì?” của biểu mẫu Chứng nhận Chuyên gia Chăm sóc Sức khỏe..

<ol style="list-style-type: none">1. KHUYẾT TẬT ĐÒI HỎI CÓ THIẾT BỊ HỖ TRỢ DI CHUYỂN CÓ BÁNH như xe lăn, xe ghế điện cho người khuyết tật, v.v...2. KHUYẾT TẬT BÁN TỰ CHỦ làm một người đi lại khó khăn hoặc không an toàn, và có thể cần hoặc không cần dùng nẹp chân, xe đẩy, gậy, nạng, hoặc thiết bị hỗ trợ đi đứng khác.3. BỆNH THẦN KINH CƠ / HỆ VẬN ĐỘNG NẶNG như chứng loạn dưỡng cơ, xương thủy tinh, hoặc viêm khớp, làm hạn chế khả năng làm các hoạt động sinh hoạt hàng ngày.4. BỊ CỤT TAY/CHÂN: Xin nêu rõ bị cụt (những) tay/chân nào.5. ẢNH HƯỞNG NGHIÊM TRỌNG DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO (ĐỘT QUỴ) bao gồm tình trạng thiếu hụt chức năng vận động làm ảnh hưởng đến bất kỳ hai tay/chân nào hoặc mất điều hòa vận động 4 tháng sau khi bị tai biến.6. BỆNH HÔ HẤP NẶNG (tắc / hẹp) ảnh hưởng đến việc đi đứng, bao gồm các bệnh trạng gây khó thở trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày; khi leo lên cầu thang bình thường hoặc đi bộ 100 m; dù chỉ cần hơi gắng sức hoặc ngay cả khi nghỉ ngơi.7. BỆNH TIM NẶNG bao gồm các bệnh trạng hạn chế tương đối hoặc rất nhiều động thể chất thông thường; và có thể gây mệt mỏi, đánh trống ngực, khó thở hoặc đau thắt ngực khi leo lên cầu thang bình thường hoặc đi bộ qua một hoặc nhiều tầng, dù chỉ cần hơi gắng sức hoặc ngay cả khi nghỉ ngơi.8. Người bị SUY GIẢM HỆ MIỄN DỊCH, do các bệnh trạng như HIV/AIDS; ung thư hoặc điều trị ung thư; ghép bộ phận hoặc tủy xương; hoặc các bệnh mãn tính như lupus hoặc viêm khớp dạng thấp.	<ol style="list-style-type: none">9. THỊ LỰC HẠN CHẾ là khi một người có thị lực của mắt tốt hơn sau khi điều chỉnh là 20/70 hoặc thấp hơn nhưng theo luật pháp thì không bị mù.10. MÙ THEO LUẬT PHÁP là khi một người có thị lực của mắt tốt hơn sau khi điều chỉnh là 20/200 hoặc thấp hơn; hoặc thị trường ngoại vi có bán kính 10° trở xuống dù thị lực là bao nhiêu. Xin lưu ý rằng đương đơn đủ điều kiện được Thẻ CharlieCard cho Người Mù của MBTA nếu có ID Thẻ/Chứng Nhận Người Mù của Ủy Ban MA hoặc chứng nhận bị mù khác.11. ĐIỀU TRỊ LỘC MÁU DO BỆNH THẬN.12. Điếc/KHÓ NGHE.13. KHUYẾT TẬT KHẢ NĂNG PHỐI HỢP là khi có tình trạng thiếu hụt chức năng vận động ở bất kỳ hai tay/chân nào hoặc có những biểu hiện làm giảm đáng kể khả năng đi lại, phối hợp và/hoặc nhận thức.14. KHUYẾT TẬT TRÍ TUỆ.15. CHỨNG ĐỘNG KINH (CO GIẬT).16. TỰ KỶ: Xin mô tả tính chất và mức độ tình trạng khuyết tật.17. KHUYẾT TẬT THẦN KINH ảnh hưởng đến chức năng học tập, nhận thức, và hành vi. Xin cho biết tính chất bệnh trạng và nguyên nhân.18. KHUYẾT TẬT TÂM THẦN là khi bị bệnh tâm thần lâu dài:<ul style="list-style-type: none">• bao gồm loạn đáng kể về suy nghĩ, trí nhớ, nhận thức, hoặc định hướng, hoặc• giảm đáng kể khả năng phán đoán, hành vi, khả năng nhận ra thực tế, hoặc• ảnh hưởng lớn đến khả năng đáp ứng nhu cầu cuộc sống bình thường/độc lập về thực phẩm, nơi ở, quần áo, quản lý tài chính, và chăm sóc sức khỏe.
---	---

Đối với mẫu giấy chứng nhận chuyên gia chăm sóc sức khỏe bằng tiếng Anh, xem trang 3-4.



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.

<p>1. DISABILITIES REQUIRING WHEELED MOBILITY such as the use of a wheelchair, scooter, etc.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4. AMPUTATION OF AN EXTREMITY: Please specify which limb(s) are affected.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>11. KIDNEY DIALYSIS TREATMENT.</p> <p>12. DEAF/HARD OF HEARING.</p> <p>13. COORDINATION DISABILITIES where there is a functional motor deficit in any two limbs or manifestations that significantly reduce mobility, coordination, and/or perception.</p> <p>14. INTELLECTUAL DISABILITY.</p> <p>15. EPILEPSY (CONVULSIVE DISORDER).</p> <p>16. AUTISM: Please describe nature and extent of disability.</p> <p>17. NEUROLOGICAL DISABILITIES affecting learning, perceptual, and behavioral functioning. Please include nature of condition and etiology.</p> <p>18. PSYCHIATRIC DISABILITIES where there is a long-term mental illness that:</p> <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.
---	--