



乘車通行證查理卡(CharlieCard)申請表

將不會處理或退回填寫不完整的申請表

A 部分：由申請人填寫

申請人資訊：（正楷書寫）

☐ 第一次申請人

☐ 延續

姓氏：_____ 名：_____ 中間名縮寫_____

地址 _____ 公寓門牌號碼_____

城市 _____ 州 _____ 郵編_____

電話 _____ 出生日期 ____/____/____

緊急聯絡人資訊：姓名 _____

關係 _____ 電話 _____

殘障資訊披露授權：

本人授權填寫此申請表的醫療保健專業人員向麻省灣交通局 (MBTA) 披露我的殘障相關資訊。

申請人原始簽名

日期

申請表提交方式：

請將填好的申請表交還到以下地址。

不接受影印件或傳真。

MBTA 查理卡零售店

Downtown Crossing Station

Underground Concourse

7 Chauncy St., Boston, MA 02111

您將在6至8週內收到申請狀態回復函，其中附有如何獲得減價車票查理卡的說明。在查理卡出售店購票時，請出示原始簽名申請表、所要求的文件原件 and 有效駕駛執照、汽車登記局頒發的身份證或護照。

B 部分：TAP 查理卡資格標準

自動符合條件的申請人(僅限文件原件)

符合以下標準之一的申請人將自動具備獲得乘車通行證(TAP)查理卡的資格。只需填寫A部分，勾選下面適用您的類別並提供所需文件。

根據提供的文件，申請可能需要額外的審查

- ☐ **Medicare 卡持有人/ A部分和B部分或 One Care 卡：**請在購票時出示您的紅色、白色和藍色 Medicare 卡，Commonwealth Care Alliance One Care 卡或 Tufts Health Unify 卡。不接受複印件
- ☐ **THE RIDE 當前顧客：**RIDE 身份證編號：_____.
- ☐ **殘障等級在70%或更高的退伍軍人：**出示用退伍軍人管理局信頭說明殘障等級的福利摘要函。
- ☐ **麻省或外州減價車票卡持有人：**出示您所在的州或地區寫有有效日期的現行減價車票卡。
- ☐ **以下機構的客戶：**出示授權機構代表(或供應商)用機構信頭提供的原始信函，以核實當前客戶的狀態。
 - ☐ DMH/心理健康部(包括 DMH 供應商)
 - ☐ DDS/發展服務部
 - ☐ MRC/麻省康復委員會

所有其他申請人：

如果您不符合上述標準之一，請填寫 A 部分並讓您的註冊醫療保健專業人員填寫本申請表的 C 部分。

重要的使用規則和條件

- 您加入乘車通行證查理卡計劃根據 MBTA 的隱私政策進行管理。該政策可在 www.mbta.com 上查看。
- 您的乘車通行證查理卡須隨時接受 MBTA 人員的檢查或審查，以確保僅由授權人士使用。
- 如果未經授權的人士使用您的乘車通行證查理卡，將依照《麻省普通法》第 161 章第 113A 節規定和/或任何其他適用的麻省普通法規定，受到刑事/民事處罰。此外，您如果允許他人擅自使用您的查理卡，可能被取消

C 部分：醫療保健專業人員認證

C 部分必須由註冊或認證醫療保健專業人員填寫，而且 MBTA 必須在醫療保健專業人員簽名後 60 天內收到。
請正楷書寫。

醫療保健專業人員姓名 _____

執照職稱 _____ 專業 _____

執照編號 _____ 頒發州 _____

公司地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____ 電話 _____

重要計劃說明：MBTA 根據申請人體驗的難易程度以及由於身體、精神、智力或感官殘障使用公共巴士/列車/地鐵而可能需要的額外計劃和努力來頒發乘車通行證查理卡。TAP 查理卡發給具有以下殘障狀況的申請人：等候巴士、聆聽通告、閱讀視覺標誌、理解和/或遵循指示、登上正確的列車、保持耐力、在人群中行動自如、步行一定距離換車等有中度/嚴重困難。不會根據申請人的收入水平頒發 TAP 查理卡。

1. 申請人有哪種殘障狀況？

使用背頁中的指南編號 _____

具體診斷：（必須由醫療保健專業人員填寫）

2. 如上文「重要計劃說明」部分所述，搭乘 MBTA 出行時，該殘障如何給申請人造成困難？

請指明：（必須由醫療保健專業人員填寫）

3. 預計殘障持續時間：請選擇以下兩個選項中的一項：

_____ 有可能在 1 年內改善的狀況
_____ 沒有期望改善的狀況

4. 本人保證，就本人所知，本人提供的上述有關此 MBTA TAP 查理卡申請人的資訊均準確無誤：

醫療保健專業人員的原始簽名

日期

請使用以下類別填寫 C 部分醫療保健專業人員認證，第 1 項：「申請人有哪種殘障狀況？」

1. **輪椅移動設備使用者：**由於殘障而需要使用輪式移動設備的使用者，例如：輪椅、滑板車等。
2. **行動不便殘障：**由於殘障而走路困難或不安全，可能會也可能不會使用腿支撐、助行器、拐杖、雙拐杖的人士。
3. **嚴重的肌肉骨骼疾病，**如肌肉萎縮症、成骨不全症或關節炎，其功能能力有限，無法進行常規的自我護理和/或職業和非職業活動。
4. **截肢。**請說明受影響的肢體。
5. **CVA（中風）的嚴重影響：**符合資格的條件包括在 cva 後 4 個月影響任何兩肢或共濟失調的功能性運動障礙。
6. **嚴重肺病（阻塞/限制），**影響行走能力。那些 PFT 結果 < 50% 的預測值（FEV1; FVC; %FEV1; FEF25%-75%）。呼吸困難發生在日常生活中；爬一段樓梯或步行 100 米；輕微的活動；甚至是休息時間都會引起呼吸困難。
7. **嚴重的心臟病**導致一般身體活動受到中度或明顯的限制；步行一個或幾個街區、爬一段普通樓梯或者甚至在休息時，都可能會導致疲勞、心悸，呼吸困難或心絞痛。分類：三類或四類功能性；C 類或 D 類治療。
8. **需要腎臟透析治療的人**
9. **視力障礙：**法定盲人，在矯正後視力較好的眼睛恢復到 20/200 或更差或視野受損。[目前有盲人卡/證或其他失明認證的申請人將有資格獲得麻省委員會頒發的 MBTA 盲人乘車查理卡]
10. **與聽力有關的殘障：**在 500、1,000 和 2,000 赫茲範圍內的耳聾或聽力損失為 90 分貝或更高。請在每個範圍內指明回應程度。
11. **協調障礙：**任何兩肢功能性運動障礙或表現出行走能力、協調性和/或感知能力顯著降低的人。
12. **智力殘障：**智商低於標準水平的兩個標準偏差以上。請說明智商。
13. **腦癱：**請說明運動功能的困難程度。
14. **癲癇(驚厥性疾病)：**無論是否使用藥物治療，請列出癲癇發作的嚴重程度和頻率。
15. **自閉症：**請描述殘障的性質和嚴重程度。
16. **神經性殘障，**影響學習、感知和行為功能。請包括病情和病因的性質。
17. **精神殘障：**本節適用於患有嚴重長期精神疾病的人：
 - 包括思維、記憶、感知或辨別方向方面的實質障礙
 - 嚴重損害判斷、行為、認識現實的能力，或
 - 對達成食物、住所、衣著、財務管理和衛生保健的普通/獨立生活支援需求的能力有極大影響請描述病情並說明病情持續時間。

僅供內部使用：員工姓名縮寫 _____ 日期 _____

核准人：_____ 自動更新 _____ 拒絕 _____ 不完整 _____