



Demande de carte d'accès aux transports CharlieCard

Les demandes incomplètes ne seront pas traitées ou renvoyées

PARTIE A : À remplir par le demandeur

Informations relatives au demandeur (en caractères d'imprimerie s'il vous plaît)

Première demande Renouvellement

Nom _____ Prénom _____ IM _____

Adresse _____ Apt. N° _____

Ville _____ État _____ Code postal _____

Tél. _____ DdN ____/____/____

Coordonnées d'une personne à contacter en cas d'urgence:

Nom _____

Relation _____ Tél. _____

Autorisation de divulgation de renseignements sur l'invalidité :

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

Signature du demandeur original

Date

Soumission de la demande :

Veuillez renvoyer la demande remplie à l'adresse suivante. **Aucune photocopie ou télécopie ne sera acceptée.**

MBTA CharlieCard Store

Downtown Crossing Station
Underground Concourse
7 Chauncy St., Boston, MA 02111

Vous recevrez une lettre relative au traitement de votre demande dans 6 – 8 semaines avec des instructions sur la façon d'obtenir votre CharlieCard à tarif réduit. Lorsque vous irez à la boutique CharlieCard, veuillez présenter l'original de la demande signée, la documentation originale requise et un permis de conduire en vigueur, une carte d'identité délivrée par le Registry of Motor Vehicles ou un passeport.

PARTIE B : Critères d'admissibilité au programme TAP CharlieCard

Demandeurs automatiquement admissibles (Documents originaux seulement)

Les demandeurs qui satisfont à l'un quelconque des critères ci-dessous sont automatiquement admissibles pour une carte CharlieCard d'accès aux transports TAP (Transportation Access Pass). Remplissez simplement la PARTIE A, cochez la catégorie ci-dessous qui s'applique à vous et présentez la documentation requise. La demande pourra faire l'objet d'un examen additionnel en fonction de la documentation présentée.

- Détenteur de carte Medicare Parties A & B ou de carte One Care** : Veuillez présenter votre carte Medicare rouge, blanc et bleu, votre carte Commonwealth Care Alliance One Care ou votre carte Tufts Health Unify Card au moment de la visite. *Pas de photocopies*
- Client actuel de THE RIDE** : N° d'identification RIDE : _____.
- Ancien combattant avec une incapacité de 70 % ou plus** : Présentez la Lettre récapitulative des prestations sur papier à en-tête de la Veterans Administration indiquant un niveau d'incapacité.
- Détenteur d'une carte de droit à tarif réduit du Massachusetts ou d'un autre État** : Présentez une carte de tarif réduit valide de votre État ou région avec une date d'expiration.
- Clients des administrations suivantes** : Présentez l'original d'une lettre sur papier à en-tête d'un représentant agréé de l'administration (ou d'un fournisseur de celle-ci) confirmant votre statut actuel de client.
 - DMH/Department of Mental Health (y compris les fournisseurs du DMH)
 - DDS/Department of Developmental Services
 - MRC/Massachusetts Rehabilitation Commission
- Formation voyage**
- Plaque d'invalidité du RMV**

Tous les autres demandeurs

Si vous ne répondez pas à l'un des critères ci-dessus, remplissez la PARTIE A et demandez à votre professionnel de santé agréé de remplir la PARTIE C de cette demande.

RÈGLES IMPORTANTES ET CONDITIONS D'UTILISATION

- Votre participation au programme de cartes d'accès aux transports TAP CharlieCard est administrée conformément à la Politique de confidentialité de la MBTA. Cette politique peut être consultée sur le site www.mbta.com.
- Votre carte CharlieCard TAP (Transportation Access Pass) est sujette à inspection ou examen par les membres du personnel de la MBTA à tout moment pour s'assurer qu'elle n'est utilisée que par la personne autorisée.
- Toute personne non autorisée utilisant votre carte CharlieCard TAP s'expose à des sanctions pénales/civiles en vertu du Chapitre 161, Section 113A, des Lois générales du Massachusetts et/ou de toutes autres Lois générales du Massachusetts applicables. De plus, ceci pourrait vous disqualifier ou suspendre votre participation au programme CharlieCard TAP pour cause d'octroi de permission d'une utilisation non autorisée de votre carte.

PARTIE C : Certification du professionnel de santé

La PARTIE C doit être remplie par un professionnel de santé licencié ou agréé, et elle doit être reçue par la MBTA dans les 60 jours suivant la signature du professionnel de santé. **Veillez écrire en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.**

Nom du professionnel de santé _____

Énoncé de sa licence _____ Spécialité _____

Numéro de la licence _____ État de délivrance _____

Adresse professionnelle _____

Ville _____ État _____ Code postal _____ Tél. _____

NOTRE IMPORTANTE RELATIVE AU PROGRAMME : La MBTA délivre la carte CharlieCard TAP en fonction du niveau de difficulté de mouvement du demandeur, en tenant compte des efforts et du temps de planification supplémentaire pouvant être requis pour voyager à bord des autobus/trains/métros publics pour cause de handicap physique, psychiatrique, intellectuel ou sensoriel. La carte CharlieCard TAP est délivrée aux demandeurs handicapés pour lesquels il est modérément/extrêmement difficile d'attendre un autobus, d'entendre des annonces, de lire des signes visuels, de comprendre et/ou de suivre des instructions, de monter dans le wagon correct, de maintenir l'endurance, de bien fonctionner au milieu d'une foule, de marcher certaines distances lors du transfert entre des modes transit, etc. La carte CharlieCard TAP **N'EST PAS DÉLIVRÉE** en fonction du niveau de revenu du demandeur.

1. Quel est le handicap du demandeur ?

Utilisez le(s) numéro(s) des Directives au verso _____

Diagnostic spécifique : **(Doit être rempli par le professionnel de santé)**

2. Comment le handicap cause-t-il des difficultés au demandeur, tel que cela est décrit sous la rubrique « Note importante relative au programme » ci-dessus, quand il utilise les services de la MBTA ?

Veillez préciser : **(Doit être rempli par le professionnel de santé)**

3. Durée estimée du handicap : Veuillez sélectionner seulement une des deux options ci-dessous :

_____ Pathologies avec possibilité d'amélioration d'ici un an

_____ Pathologies sans espoir d'amélioration

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

Signature originale du professionnel de santé

Date

Directives pour les professionnels de santé

Veillez utiliser les catégories ci-dessous pour remplir la Partie C, Certification du professionnel de santé, Question N° 1 : « Quel est le handicap du demandeur ? »

1. UTILISATEURS DE DISPOSITIFS DE MOBILITÉ SUR ROUES:

Personnes qui, en raison d'un handicap, ont besoin d'utiliser un appareil de transport sur roues, comme un fauteuil roulant, un scooter, etc.

2. INCAPACITÉS SEMI-AMBULATOIRES: Personnes qui, en raison d'une incapacité, marchent avec difficulté ou insécurité et utilisent éventuellement des appareils orthopédiques pour les jambes, un déambulateur, une canne ou des béquilles.

3. CONDITIONS MUSCULOSQUELETTIQUES GRAVES telles que la dystrophie musculaire, l'ostéogenèse imparfaite ou l'arthrite, lorsque la capacité fonctionnelle est limitée dans l'aptitude à effectuer les activités habituelles de soins personnels et/ou les activités professionnelles et non professionnelles.

4. AMPUTATION D'UNE EXTRÉMITÉ: Veuillez préciser quel(s) membre(s) est/sont affecté(s).

5. EFFETS GRAVES D'UN AVC :

Les conditions admissibles incluent un déficit moteur fonctionnel affectant deux membres quelconques ou une ataxie 4 mois après un AVC.

6. AFFECTIONS PULMONAIRES GRAVES (obstructions/restrictions) qui affectent la mobilité. Personne dont le score du TFP est < 50 % des valeurs anticipées (FEV1 ; FVC ; % FEV1 ; FEF 25 %-75 %). La dyspnée se produit pendant des activités habituelles de la vie quotidienne : monter un escalier ou marcher 100 mètres ; avec le moindre effort ; ou même au repos.

7. AFFECTIONS CARDIAQUES GRAVES entraînant une restriction modérée ou marquée de l'activité physique ordinaire et pouvant causer de la fatigue, des palpitations, une dyspnée ou des douleurs d'angine de poitrine lorsque vous marchez quelques centaines de mètres sur un terrain plat, montez un escalier ou même au repos. Classifications : fonctionnelle III ou IV ; thérapeutique C ou D.

8. PERSONNES NÉCESSITANT UN TRAITEMENT CONSISTANT EN UNE DIALYSE RÉNALE

9. TROUBLES DE LA VISION: Personnes qui sont légalement aveugles, dont l'acuité visuelle du meilleur œil après correction est de 20/200 ou pire, ou dont le champ visuel est contracté. [Le demandeur aura droit à une carte **CharlieCard d'accès aux transports pour les aveugles de la MBTA** s'il a une carte ou un certificat valide de la Massachusetts Commission for the Blind, ou une autre attestation indiquant qu'il est aveugle.]

10. TROUBLES DE L'OUÏE

11. TROUBLES DE LA COORDINATION: Personnes qui présentent un déficit moteur fonctionnel dans deux membres quelconques ou des manifestations qui réduisent considérablement la mobilité, la coordination et/ou la perception.

12. INCAPACITÉ CÉRÉBRALE

13. PARALYSIE CÉRÉBRALE : Veuillez inclure l'étendue de la difficulté dans la fonction motrice.

14. ÉPILEPSIE (TROUBLES CONVULSIFS)

15. AUTISME: Veuillez décrire la nature et la gravité de l'incapacité.

16. TROUBLES INCAPACITANTS NEUROLOGIQUES affectant l'apprentissage, la perception et le fonctionnement comportemental. Veuillez inclure la nature du trouble et l'étiologie.

17. TROUBLES INCAPACITANTS PSYCHIATRIQUES: Cette section s'applique aux personnes ayant une **maladie mentale grave et durable** qui :

- inclut un désordre substantiel de la pensée, de la mémoire, de la perception ou de l'orientation,
- altère gravement le jugement, le comportement, la capacité de reconnaître la réalité, ou
- influe considérablement sur la capacité de répondre de façon indépendante aux besoins de soutien de la vie ordinaire en matière d'alimentation, de logement, d'habillement, de gestion des finances et de soins de santé.

Veillez indiquer une description de la pathologie et sa durée.

Pour usage interne seulement : Initiales du membre du personnel _____ Date _____

Approuvé : _____ Renouvellement automatique _____ Rejet _____ Incomplet _____