



Formulário de inscrição para o Cartão de acesso para transporte CharlieCard

Formulários incompletos não serão processados ou devolvidos

PARTE A: Para ser preenchido pelo requerente

Informações do requerente: (Em letra de forma) Primeiro pedido Renovação

Sobrenome _____ Nome _____ Inicial do meio _____

Endereço _____ No.do Apto. _____

Cidade _____ Estado _____ Zip _____

Telefone _____ Data de Nascimento ____/____/____

Informações para contato de emergência: Nome _____

Relacionamento _____ Telefone _____

Autorização para liberação de informações referentes à deficiência:

Eu autorizo o profissional de saúde a preencher este requerimento para liberar informações sobre minha deficiência para a Massachusetts Bay Transportation Authority (MBTA).

Assinatura original do requerente

Data

Envio do formulário:

Envie o formulário preenchido para o endereço abaixo.

Não serão aceitas fotocópias ou fax.

MBTA CharlieCard Store

Downtown Crossing Station
Underground Concourse

7 Chauncy St., Boston, MA 02111

Você receberá uma Carta referente ao status da inscrição dentro de 6 a 8 semanas com instruções sobre como obter o cartão CharlieCard de tarifa reduzida. Ao visitar a loja CharlieCard Store, apresente o pedido original assinado, um documento original exigido e carteira de motorista válida, documento de identidade ou passaporte.

PARTE B: Critérios de qualificação para o cartão TAP CharlieCard

Requerentes automaticamente qualificados (apenas documentos originais)

Os requerentes que atenderem a um dos critérios abaixo são automaticamente qualificados para receber um cartão CharlieCard para transporte (TAP - Transportation Access Pass). Basta preencher a PARTE A, marcar a categoria abaixo que se aplica a você e apresentar a documentação necessária.

A inscrição poderá estar sujeita à revisão adicional, dependendo da documentação apresentada

- Portador do Cartão Medicare / Parte A e B ou o Cartão One Care:**
Apresente o Cartão Vermelho, Branco e Azul do Medicare, o Cartão One Care da Commonwealth Care Alliance ou o Cartão Tufts Health Unify na consulta. *Não aceitamos fotocópias*
- Cliente Atual do THE RIDE:** RIDE ID #: _____.
- Veteranos com uma classificação de 70% ou mais de deficiência:**
Apresentar Carta sumária dos benefícios em papel timbrado da Administração de Veteranos, especificando a classificação de deficiência.
- Titular do cartão de tarifa reduzida de MA ou de outro estado:** Apresentar um cartão de tarifa reduzida atual do seu estado ou área com uma data de vencimento.
- Cientes dos seguintes órgãos:** Apresentar a carta original em papel timbrado do órgão do representante autorizado do órgão (ou fornecedor), verificando o status de cliente atual.
 - DMH / Departamento de Saúde Mental (incluindo fornecedores de DMH)
 - DDS / Departamento de Serviços de Desenvolvimento
 - MRC / Comissão de Reabilitação de Massachusetts
- Treinamento sobre transporte público**
- Placa para deficientes da RMV**

Todos os outros requerentes

Se não atender a um dos critérios acima, preencha a PARTE A e peça a um médico licenciado para completar a PARTE C deste formulário.

REGRAS IMPORTANTES E CONDIÇÕES DE USO

- Sua participação no Programa Cartão de Acesso para Transporte CharlieCard é administrada em conformidade com a Política de Privacidade da MBTA. A política pode ser visualizada em www.mbta.com.
- O cartão de acesso para transporte CharlieCard está sujeito à inspeção ou revisão pelos funcionários da MBTA a qualquer momento para assegurar seu uso apenas pela pessoa autorizada.
- Uma pessoa não autorizada que usa seu cartão de acesso para transporte CharlieCard está sujeita a penalidades previstas no Capítulo 161, Seção 113A das Leis Gerais de MA e / ou quaisquer outras Leis Gerais de MA aplicáveis. Além disso, você pode ser desqualificado ou suspenso do programa do Cartão de acesso para transporte CharlieCard por ter permitido seu uso não autorizado.

PARTE C: Certificado Médico

A PARTE C deve ser preenchida por um profissional de saúde licenciado ou certificado e deve ser recebida pela MBTA dentro de 60 dias após a assinatura do profissional de saúde. **EM LETRA DE FORMA.**

Nome do profissional de saúde _____

Título de Licenciamento _____ Especialidade _____

Número da licença _____ Emitido pelo Estado _____

Endereço comercial _____

Cidade _____ Estado _____ Zip _____ Telefone _____

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE DO PROGRAMA: A MBTA emite o cartão de acesso para transporte CharlieCard com base no nível de dificuldade sofrido pelos candidatos e o planejamento e esforço extra que possam precisar ao usar ônibus / trens / metrô públicos devido a uma deficiência física, psiquiátrica, intelectual ou sensorial. O cartão TAP CharlieCard é emitido para requerentes com deficiências que consideram ser moderada / severamente difícil esperar por um ônibus, ouvir anúncios, ler placas visuais, compreender e / ou seguir instruções, embarcar no trem correto, mantém a energia, se conduzir bem em multidões, percorrer certas distâncias para mudar de modos de transporte, etc. O cartão TAP CharlieCard **NÃO É EMITIDO** com base no nível de renda do requerente.

1. Qual é a deficiência do requerente?

Use o(s) número(s) das diretrizes no verso _____

Diagnóstico específico: **(Deve ser preenchido por um profissional de saúde)**

2. Como a deficiência causa dificuldades para o requerente, conforme descrito na seção "Observação importante do programa" acima ao usar a MBTA?

Especificar: **(Deve ser preenchido por um profissional de saúde)**

3. Duração esperada da deficiência: Selecione apenas **uma** das duas opções abaixo:

_____ Condições com potencial para melhoria dentro de 1 ano

_____ Condições sem expectativa de melhoria

4. Certifico que, salvo melhor juízo, as informações fornecidas acima sobre este requerente solicitando um cartão TAP CharlieCard da MBTA estão corretas:

Assinatura original do Profissional de Saúde

Data

Diretrizes para profissionais de saúde

Use as categorias abaixo para preencher a Parte C do Certificado Médico, Item No. 1: “Qual é a deficiência do requerente?”

1. **USUÁRIOS DE DISPOSITIVOS DE MOBILIDADE COM RODAS:** Pessoas que, devido a uma deficiência, requerem o uso de dispositivos de mobilidade com rodas, por exemplo, cadeira de rodas, scooter, etc.
2. **DEFICIÊNCIAS SEMI-AMBULATÓRIAS:** Pessoas que, devido a uma deficiência, andam com dificuldade ou insegurança e não podem usar aparelho para perna, andador, bengala, muletas.
3. **CONDIÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS SEVERAS,** como distrofia muscular, osteogênese imperfeita ou artrite, em que a capacidade funcional é limitada no que se refere a realizar atividades de autocuidado e / ou profissional e vocacional.
4. **AMPUTAÇÃO DE UM MEMBRO.** Especificar o(s) membro(s) afetado(s).
5. **SEQUELAS GRAVES DE AVC (DERRAME):** Condições elegíveis incluem déficit motor funcional afetando dois membros ou ataxia quatro meses após o AVC.
6. **CONDIÇÕES PULMONARES GRAVES** (obstruções / restrições) que afetam a mobilidade. Pessoas com <50% nos testes da função pulmonar (PFT) em relação aos valores previstos (FEV1; FVC; %FEV1; FEF25%-75%). A dispnéia ocorre durante as atividades do dia a dia; subir um lance de escadas ou andar 100 metros; com o menor esforço; ou mesmo em repouso.
7. **CONDIÇÕES CARDÍACAS GRAVES** que resultam em restrição moderada ou acentuada da atividade física normal; pode causar fadiga, palpitações, dispnéia ou dor anginosa ao andar um ou mais quarteirões planos, subindo um lance de escadas normal, ou mesmo em repouso. Classificações: Funcional III ou IV; Terapêutico C ou D.
8. **PESSOAS QUE NECESSITAM TRATAMENTO DE DIÁLISE RENAL**
9. **DEFICIÊNCIA DE VISÃO:** Pessoas legalmente cegas, cuja acuidade visual no olho melhor, após a correção, é 20/200 ou pior ou que o campo visual seja contraído. [O requerente se qualificará para receber o cartão **Cartão de acesso para cegos CharlieCard da MBTA se possuir um Cartão / Certificado para Cego ou outra Certificação de Cegueira atual da Comissão de MA]**
10. **DEFICIÊNCIAS RELACIONADAS À AUDIÇÃO**
11. **DEFICIÊNCIA DE COORDENAÇÃO:** Pessoas com um déficit motor funcional em quaisquer dois membros ou que apresentam manifestações que reduzem significativamente a mobilidade, coordenação e / ou percepção.
12. **DEFICIÊNCIA INTELECTUAL**
13. **PARALISIA CEREBRAL:** Incluir a extensão da dificuldade na função motora.
14. **EPILEPSIA (TRANSTORNO CONVULSIVO)**
15. **AUTISMO:** Descrever a natureza e a gravidade da deficiência.
16. **DEFICIÊNCIAS NEUROLÓGICAS** afetando aprendizagem, funcionamento perceptivo e comportamental. Incluir a natureza e a etiologia da condição.
17. **DEFICIÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS:** Esta seção aplica-se às pessoas com uma **doença mental grave de longo prazo**, que:
 - inclui uma grande desordem de pensamento, memória, percepção ou orientação
 - prejudica gravemente o julgamento, o comportamento, a capacidade para reconhecer a realidade, ou
 - impacta enormemente a capacidade de realizar as necessidades de suporte de vida normais / independente referente à comida, abrigo, roupas, gestão de finanças e cuidados de saúde.Fornecer uma descrição e indicar a duração da condição.

Apenas para uso interno: Rubrica do funcionário _____ Data _____

Aprovado: _____ Auto renovação _____ Negado _____ Incompleto _____