

**Solicitud de pase de acceso a transporte CharlieCard**

Las solicitudes incompletas no serán procesadas ni devueltas

**PARTE A: para ser completada por el solicitante****Información del solicitante:** (por favor escriba en letra de molde)

☐ Solicitante por primera vez ☐ Renovación

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial 2<sup>do</sup> nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Nro. de Apt. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Información de Contacto de Emergencia:** Nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Autorización de entrega de Información sobre Incapacidad:**

Yo autorizo al profesional de salud que complete esta solicitud a entregar información sobre mi incapacidad a la Autoridad de Transporte de la Bahía de Massachusetts (MBTA).

\_\_\_\_\_  
Firma original del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Entrega de Solicitud:**

Por favor devuelva la solicitud  
completada a/en la siguiente dirección:

**No se aceptan Fotocopias ni faxes.**

**Tienda CharlieCard en MBTA**

Estación de Downtown Crossing  
Pasillo subterráneo  
Chauncy St., Boston, MA 02111

Usted recibirá una carta sobre el estado de su solicitud en 6 – 8 semanas con instrucciones sobre cómo obtener su CharlieCard con tarifa reducida. Cuando visite la Tienda CharlieCard, por favor presente la solicitud original firmada, la documentación original requerida y una licencia de conducir válida, carnet emitido por Registry of Motor Vehicles (Registro de Vehículos Automotrices) o un Pasaporte.

## PARTE B: Criterios de Elegibilidad para tarjeta TAP CharlieCard

### Solicitantes Elegibles Automáticamente (Solo documentos originales)

Los solicitantes que satisfagan uno de los criterios que aparecen a continuación son elegibles automáticamente para el Pase de Acceso a Transporte (TAP) CharlieCard. Simplemente complete la PARTE A, marque abajo la categoría que le corresponde y presente la documentación requerida.

La solicitud puede estar sujeta a una revisión adicional en dependencia de la documentación presentada.

- ☐ **Titular de Tarjeta de Medicare/Parte A & B o One Care Card:** Por favor presente su tarjeta de Medicare Roja, Blanca y Azul, *Commonwealth Care Alliance One Care Card* o *Tufts Health Unify Card* cuando nos visite. No Fotocopias
- ☐ **Cliente Actual de THE RIDE:** Nro. de carnet de RIDE: \_\_\_\_\_.
- ☐ **Veterano con discapacidad de 70% o mayor:** Presente la carta de resumen de beneficios en la carta de la Administración de Veteranos con membrete, especificando el nivel de incapacidad.
- ☐ **Titular de tarjeta con descuento de MA o fuera del estado:** Presente una tarjeta vigente de tarifa reducida de su estado o área con una fecha de caducidad.
- ☐ **Cientes de las agencias siguientes:** Presente carta original con membrete de la agencia de un representante autorizado (o proveedor) verificando su estatus de cliente actual.
  - ☐ DMH/Departamento de Salud Mental (incluyendo proveedores de DMH)
  - ☐ DDS/Departamento de Servicios de Desarrollo
  - ☐ MRC/Comisión de Rehabilitación de Massachusetts
- ☐ **Entrenamiento de viaje**
- ☐ **Letrero de discapacidad de RMV**

---

### Todos los demás solicitantes

Si usted no satisface uno de los criterios mencionados arriba, complete la PARTE A y pídale a su profesional de atención a la salud completar la PARTE C de esta solicitud.

### CONDICIONES Y REGLAS DE USO IMPORTANTES

- Su participación en el Programa de pase de acceso a transporte CharlieCard es administrado de acuerdo a la Política de Privacidad de la MBTA. Dicha política puede ser consultada en [www.mbta.com](http://www.mbta.com).
- Su pase CharlieCard de acceso a transporte está sujeto a inspección o revisión por el personal de MBTA en cualquier momento para garantizar su uso solamente por la persona autorizada.
- Una persona no autorizada que use su pase CharlieCard de acceso a transporte está sujeta a penalidades criminales o civiles a tenor de Capítulo 161, Sección 113A de las Leyes Generales de MA y/o cualesquiera otras leyes generales de MA aplicables. Además, usted podría ser descalificado(a) o suspendido(a) de participar en el Programa de pase de acceso a transporte CharlieCard por permitir el uso no autorizado de su tarjeta.

## PARTE C: Certificación por un Profesional de atención a la salud

La PARTE C tiene que ser completada por un profesional de atención a la salud licenciado o certificado y tiene que ser recibida por parte de la MBTA dentro de los 60 días de firmada por el profesional de cuidados de salud. **Por favor ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE.**

Nombre del profesional de atención a la salud \_\_\_\_\_

Título de licencia \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

Número de licencia \_\_\_\_\_ Estado de expedición \_\_\_\_\_

Dirección de trabajo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**NOTA IMPORTANTE SOBRE EL PROGRAMA:** La MBTA expide el pase de acceso CharlieCard basándose en la experiencia de los solicitantes del nivel de dificultad y el esfuerzo y planificación extra que pudiera requerirse para hacer uso de buses/trenes/metro públicos debido a incapacidades físicas, psiquiátricas, intelectuales o sensoriales. La tarjeta CharlieCard TAP se expide a solicitantes con incapacidades que encuentran dificultades moderadas/severas para esperar por un bus, escuchar anuncios, leer señalizaciones visuales, entender y/o seguir instrucciones, abordar el tren correcto, mantener vitalidad, actuar consecuentemente en aglomeraciones, andar ciertas distancias para trasladarse entre diferentes modos de transporte, etc. La tarjeta TAP CharlieCard **NO SE EXPIDE** sobre la base del nivel de ingresos del solicitante.

**1. ¿Cuál es la incapacidad del solicitante?**

Use el(los) número(s) de la Guía de la página final \_\_\_\_\_

Especifique el diagnóstico: **(Tiene que ser completado por un Profesional de atención a la salud)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. ¿Qué dificultad causa al solicitante la incapacidad, según se describe en la sección anterior “Note Importante sobre el Programa”, cuando viaja con la MBTA?**

Por favor, especifique: **(Tiene que ser completado por el Profesional de atención a la salud)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Duración esperada de la incapacidad:** Por favor seleccione una de las siguientes dos opciones:

\_\_\_\_\_ Condiciones con potencial de mejoría dentro de un año

\_\_\_\_\_ Condiciones sin expectativas de mejora

**4. Yo certifico que la información que he dado arriba sobre este solicitante de tarjeta MBTA TAP CharlieCard es correcta a mi leal saber y entender:**

\_\_\_\_\_  
Firma original de profesional de Cuidado de Salud

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Directrices para Profesionales de Cuidado de Salud

**Por favor, use las categorías siguientes para completar la Parte C Certificación por un Profesional de atención a la salud, Punto #1: “¿Cuál es la discapacidad del solicitante?”**

**1. USUARIOS DE EQUIPO DE MOVILIDAD CON RUEDAS:**

Aquellos quienes debido a una discapacidad requieren el uso de dispositivo con ruedas, por ejemplo, silla de ruedas, escúter tipo eléctrico para personas mayores, etc.

**2. DISCAPACIDADES SEMIAMBULATORIAS:** Aquellos quienes debido a una incapacidad caminan con dificultad o inseguridad y pudieran usar o no aparatos para piernas, andadores, bastón, muletas.

**3. CONDICIONES MUSCULOESQUELETALES SEVERAS** tales como distrofia muscular, osteogénesis imperfecta o artritis, donde la capacidad funcional es limitada en la habilidad para autocuidado y actividades de carácter vocacional u otras.

**4. AMPUTACIÓN DE UNA EXTREMIDAD.** Por favor especifique cuál(es) están afectadas.

**5. EFECTOS SEVEROS DE CVA (ACV, EMBOLIA):** Condiciones de elegibilidad incluyen déficit motor funcional afectando cualquiera de las dos piernas o ataxia (descoordinación de movimiento 4 meses después de un accidente cerebrovascular.

**6. CONDICIONES PULMONARES SEVERAS** (obstrucciones/ restricciones) que afectan la movilidad. Aquellos con resultados de PFT < 50% de valores predecibles (FEV1; FVC; %FEV1; FEF25%-75%). Ocurre disnea durante actividades usuales cotidianas; subir un tramo de escaleras o caminar 100 metros; con el más leve esfuerzo, o incluso descansando.

**7. CONDICIONES CARDIACAS SEVERAS** que resultan en restricción marcada o moderada de actividad física común; y pueden causar fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso cuando camina una o más cuerdas inclinadas, sube un trecho de escaleras normales e incluso descansando. Clasificaciones: Funcional III o IV; Terapéutica C o D.

**8. PERSONAS QUE REQUIEREN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS RENAL**

**9. DEFICIENCIAS VISUALES:** Aquellos que son legalmente ciegos, cuya agudeza visual en el ojo mejor, después de corrección es 20/200 o peor, o el campo visual está contraído. [El solicitante será elegible para tarjeta MBTA CharlieCardBlind con una tarjeta o certificado vigente de la MA Commission for the Blind Card/Certificate u otra certificación de ceguera]

**10. INCAPACIDADES RELACIONADAS CON LA AUDICIÓN**

**11. PROBLEMAS DE COORDINACIÓN:** Aquellos con un déficit funcional motor en cualquiera de las dos piernas o que experimente manifestaciones que reduzcan significativamente la movilidad, coordinación y/o percepción.

**12. DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

**13. PARÁLISIS CEREBRAL:** Por favor incluir el alcance o dificultad en la función motora.

**14. EPILEPSIA (DESORDEN CONVULSIVO)**

**15. AUTISMO:** Por favor describir la naturaleza y severidad de la discapacidad.

**16. DISCAPACIDADES NEUROLÓGICAS** afectando aprendizaje, funcionamiento perceptivo y conductual. Por favor, incluir la naturaleza y etiología de la condición.

**17. DISCAPACIDADES PSIQUIÁTRICAS:** Esta sección corresponde a aquellos que presentan una **enfermedad mental grave, de largo plazo**, que:

- Incluye desorden sustancial de pensamiento, memoria, percepción u orientación
- Afecta manifiestamente el juicio, el comportamiento, la capacidad de reconocer la realidad o
- Impacta grandemente la habilidad de satisfacer necesidades habituales/independientes para sustentarse, de alimento, albergue, vestuario manejo de finanzas y cuidado de salud.

Por favor incluir descripción y duración de la condición.

(SOLO para USO INTERNO)

For Internal Use Only: Staff initials \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Approved: \_\_\_\_\_ Auto Renew \_\_\_\_\_ Denied \_\_\_\_\_ Incomplete \_\_\_\_\_