



CARTE CHARLIECARD D'ACCÈS AUX TRANSPORTS – Certification d'un professionnel de santé

Le formulaire de certification de professionnel de la santé doit être rempli par un professionnel de la santé agréé ou certifié et doit être reçu par la MBTA dans les 60 jours suivant la signature du professionnel de la santé.

Veuillez écrire lisiblement ou dactylographier, et communiquer toutes les informations.

Nom du demandeur : _____

Date de naissance du candidat/de la candidate _____

Applicant Email: _____ n° de téléphone du candidat/de la candidate _____

Adresse postale du candidat/de la candidate _____

Nom du professionnel de santé : _____

Titre du permis d'exercer : _____ Spécialité : _____

Numéro de licence : _____ État de délivrance : _____

Adresse professionnelle : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Adresse électronique : _____

NOTE IMPORTANTE SUR LE PROGRAMME : La MBTA délivre la carte CharlieCard Transportation Access Pass (TAP) en fonction du niveau de difficulté que rencontrent les demandeurs, ainsi que de la planification et des efforts supplémentaires qu'ils doivent fournir pour utiliser les autobus, trains et métros publics en raison d'un handicap physique, psychiatrique, intellectuel ou sensoriel. La carte CharlieCard TAP est délivrée aux personnes en situation de handicap qui éprouvent des difficultés modérées ou graves à attendre l'autobus, à entendre les annonces, à lire les signes visuels, à comprendre et/ou à suivre les instructions, à monter dans le bon train, à conserver leur endurance, à se déplacer au sein d'une foule, à marcher sur certaines distances pour passer d'un mode de transport à un autre, etc. La carte CharlieCard TAP **N'EST PAS DÉLIVRÉE** en fonction du niveau de revenu du demandeur.

Ce qui suit doit être rempli par le professionnel de santé :

1. Quel est le handicap du demandeur?

Utilisez le(s) numéro(s) de catégorie des Directives (page 2) : _____

Veuillez indiquer le diagnostic:

2. Comment le handicap cause-t-il au demandeur des difficultés, telles que décrites dans la section « Remarque importante sur le programme » ci-dessus, lors de ses déplacements dans les locaux/ véhicules de la MBTA?

3. Durée prévue de l'invalidité (veuillez choisir une seule des deux options ci-dessous) :

Invalidité à court terme (c'est-à-dire les affections susceptibles de s'améliorer dans un délai d'un an)

Invalidité à long terme (c'est-à-dire des affections sans espoir d'amélioration)

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

Signature du professionnel de la santé

Date

Remarque : La MBTA se réserve le droit de demander à voir une signature originale du professionnel de la santé du demandeur.

Directives pour les professionnels de santé

Veillez utiliser les catégories ci-dessous pour répondre à la question « Quel est le handicap du demandeur ? » du formulaire de certification des professionnels de la santé.

<ol style="list-style-type: none">1. INVALIDITÉS NÉCESSITANT UN DISPOSITIF DE MOBILITÉ AVEC DES ROUES, comme l'utilisation d'un fauteuil roulant, d'un scooter, etc.2. INVALIDITÉS SEMI-AMBULATOIRES qui font qu'une personne marche avec difficulté ou insécurité, et qui peuvent ou non nécessiter l'utilisation d'appareils orthopédiques, d'un déambulateur, d'une canne, de béquilles ou d'un autre dispositif de mobilité.3. AFFECTIONS NEUROMUSCULAIRES / MUSCULOSQUELETTIQUES GRAVES telles que la dystrophie musculaire, l'ostéogenèse imparfaite ou l'arthrite, lorsque la capacité fonctionnelle est limitée dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne.4. AMPUTATION D'UNE EXTRÉMITÉ: Veuillez préciser le(s) membre(s) concerné(s).5. EFFETS GRAVES D'UN AVC, y compris les conditions dans lesquelles il existe un déficit moteur fonctionnel affectant deux membres ou une ataxie quatre mois après l'AVC.6. AFFECTIONS PULMONAIRES GRAVES (obstructions/restrictions) qui affectent la mobilité, y compris celles qui entraînent une dyspnée pendant les activités de la vie quotidienne, en montant un escalier ordinaire ou en marchant 100 mètres, au moindre effort ou même au repos.7. AFFECTIONS CARDIAQUES GRAVES, y compris celles qui entraînent une restriction modérée ou marquée de l'activité physique ordinaire, et qui peuvent provoquer de la fatigue, des palpitations, une dyspnée ou des douleurs causées par une angine de poitrine, en montant un escalier ordinaire ou en marchant autour d'un ou de plusieurs pâtés de maisons de niveau, au moindre effort ou même au repos.8. Personnes IMMUNOCOMPROMISES, en raison d'affections telles que le VIH/sida, le cancer ou le traitement du cancer, une greffe d'organe ou de moelle osseuse, ou des maladies chroniques telles que le lupus ou la polyarthrite rhumatoïde.	<ol style="list-style-type: none">9. Personne ayant une FAIBLE VISION, dont l'acuité visuelle du meilleur œil, après correction, est de 20/70 ou moins, mais qui n'est pas légalement aveugle.10. Personne AVEUGLE AU SENS DE LA LOI, lorsque l'acuité visuelle du meilleur œil, après correction, est de 20/200 ou moins ; ou lorsque le champ périphérique a un rayon de 10° ou moins, quelle que soit l'acuité visuelle. Veuillez noter que les demandeurs disposant d'une carte/d'un certificat d'identité de la MA Commission for the Blind ou d'une autre certification de cécité auront droit à la carte CharlieCard Blind Access de la MBTA.11. TRAITEMENT PAR DIALYSE RÉNALE.12. PERSONNES SOURDES/MALENTENDANTES.13. DÉFICITS DE COORDINATION lorsqu'il existe un déficit moteur fonctionnel dans deux membres ou des manifestations qui réduisent de manière significative la mobilité, la coordination et/ou la perception.14. INVALIDITÉ INTELLECTUELLE.15. ÉPILEPSIE (TROUBLE CONVULSIF).16. AUTISME: Veuillez décrire la nature et l'étendue du handicap.17. INVALIDITÉS NEUROLOGIQUES affectant l'apprentissage, la perception et le comportement. Veuillez inclure la nature de l'affection et l'étiologie.18. INVALIDITÉS PSYCHIATRIQUES, lorsqu'il existe une maladie mentale à long terme qui :<ul style="list-style-type: none">• comprend un trouble substantiel de la pensée, de la mémoire, de la perception ou de l'orientation, ou• altère de manière significative le jugement, le comportement ou la capacité d'identification de la réalité, ou• affecte de manière significative la capacité à répondre aux besoins ordinaires/indépendants de subsistance tels que l'alimentation, le logement, l'habillement, la gestion des finances et les soins de santé.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pour le Health Care Professional Certification en anglais, voir les pages 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.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------