



# THẺ CHUYÊN CHỖ (TRANSPORTATION ACCESS PASS, hay TAP) CHARLIECARD

## Ghi danh dùng Thẻ CharlieCard Giảm Giá Vé MBTA cho Người Khuyết Tật

---

Người khuyết tật và chủ thẻ Medicare đủ tiêu chuẩn ghi danh giảm giá vé MBTA thông qua **Thẻ Chuyên Chỗ (Transportation Access Pass, hay TAP) CharlieCard**.

Để biết thêm thông tin về Thẻ TAP CharlieCard của MBTA, xin vào mạng lưới: [mbta.com/transportation-access-pass](http://mbta.com/transportation-access-pass)

### Thông tin chung:

- Đơn ghi danh có thể phải được duyệt xét thêm tùy vào tài liệu quý vị trình.
- Quý vị sẽ được Thư Báo Tình Trạng Đơn Ghi Danh liên quan đến tiêu chuẩn được Thẻ TAP CharlieCard của quý vị trong vòng 6 đến 8 tuần.
- Những đơn được chấp thuận cần đến Cửa Hàng CharlieCard để:
  1. Trình thư chấp thuận được Thẻ TAP CharlieCard.
  2. Trình giấy tờ nhận dạng có dán ảnh hợp lệ (chưa hết hạn), do chính quyền cấp, như bằng lái xe, hộ chiếu, hoặc giấy tờ nhận dạng của tiểu bang.
  3. Chụp hình.
  4. Được Thẻ CharlieCard giảm giá vé tạm thời có giá trị sử dụng trong khi đợi Thẻ TAP CharlieCard lâu dài chuyển đến qua thư trong vòng 10 ngày làm việc.
- Đơn ghi danh điền không đầy đủ thông tin sẽ không được cứu xét và bị gửi trở lại cho quý vị.

---

### XIN GỬI LẠI ĐƠN GHI DANH ĐÃ ĐIỀN XONG ĐẾN:

MBTA CharlieCard Store  
Downtown Crossing Station  
Underground Concourse  
7 Chauncy Street  
Boston, MA 02111

---

## PHẦN A: Thông Tin về Người Nộp Đơn

*Xin viết rõ ràng hoặc đánh máy và điền đầy đủ thông tin.*

Tình trạng đương đơn:  Đương đơn lần đầu ghi danh  Gia hạn

Họ: \_\_\_\_\_ Tên: \_\_\_\_\_ Tên lót: \_\_\_\_\_

Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM): \_\_\_\_\_

Địa chỉ thư tín (bao gồm tất cả thông tin cần thiết để gửi thư):

Địa chỉ đường phố

Căn hộ, số, tòa nhà

Thành phố

Tiểu bang

Bưu chính

Điện thoại: \_\_\_\_\_ Đây có phải là điện thoại di động không?  Có  Không

Địa chỉ điện thư: \_\_\_\_\_

Cách thức liên lạc thích dùng nhất:  Thư tín  Điện thoại  Điện thư (email)

## Thông tin liên lạc khẩn cấp

Họ tên: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

## Ủy Quyền Cung Cấp Thông Tin Người Khuyết Tật

Tôi hiểu rằng tất cả thông tin tôi cung cấp sẽ chỉ dùng để xem tôi có đủ tiêu chuẩn được Thẻ Chuyên Chở (Transportation Access Pass, hay TAP) CharlieCard hay không.

Tôi ủy quyền cho chuyên gia chăm sóc sức khỏe điền đơn ghi danh này cung cấp thông tin về tình trạng khuyết tật của tôi cho Cơ Quan Chuyên Chở Vịnh Massachusetts (Massachusetts Bay Transportation Authority, hay MBTA).

Chữ ký của ứng viên

Ngày

## PHẦN B: Tiêu Chuẩn Được Thẻ TAP CharlieCard

### Đương Đơn Tự Động Đủ Tiêu Chuẩn

Các đương đơn đáp ứng một trong các tiêu chuẩn dưới đây tự động đủ điều kiện được Thẻ Chuyên Chở (Transportation Access Pass, hay TAP) CharlieCard. Vui lòng: 1) điền thông tin PHẦN A, 2) đánh dấu chọn phân loại dưới đây áp dụng cho quý vị, và 3) đến Cửa Hàng CharlieCard để trình tài liệu gốc theo đòi hỏi (chỉ dùng tài liệu gốc; không chấp thuận bản sao hoặc bản điện sao).

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <b>Chủ Thẻ Medicare, One Care, hoặc Tufts Health Unify:</b> Trình Thẻ Medicare Đỏ, Trắng, và Xanh, Thẻ One Care của Commonwealth Care Alliance hoặc Thẻ Tufts Health Unify.   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Hiện là khách hàng của THE RIDE - Số ID RIDE:</b> _____  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Cựu quân nhân có tỷ lệ khuyết tật từ 70% trở lên:</b> Trình Thư Tóm Lược Quyền Lợi có tựa đề thư của Cơ Quan Cựu Quân Nhân, nêu rõ tỷ lệ khuyết tật.   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Người hiện tại được giảm giá vé không phải của MBTA thuộc MA hoặc Ngoài Tiểu Bang:</b> Trình thẻ giảm giá vé hiện tại từ tiểu bang hoặc khu vực của quý vị cùng với ngày hết hạn.  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Khách hàng của các cơ quan sau đây:</b><br><input type="checkbox"/> DMH/Ban Sức Khỏe Tâm Thần (bao gồm người cung cấp DMH)<br><input type="checkbox"/> DDS/Ban Dịch Vụ Phát Triển<br><input type="checkbox"/> MRC/Ủy Ban Phục Hồi Massachusetts<br><br>Trình thư gốc có tựa đề của cơ quan từ người đại diện cơ quan (hoặc người cung cấp) được ủy quyền, chứng nhận tư cách là khách hàng hiện tại. |
| <input type="checkbox"/> | <b>Tốt nghiệp hoặc hiện đang ghi danh chương trình huấn luyện chuyên chở của MBTA:</b> Trình thư có chữ ký của huấn luyện viên chuyên chở có tựa đề của MBTA.   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Có Phù Hiệu RMV cho Người Khuyết Tật</b>   |

### Tất Cả Đương Đơn Khác

Nếu quý vị không đáp ứng một trong số các tiêu chuẩn trên đây, xin: 1) điền thông tin PHẦN A, và 2) yêu cầu chuyên gia chăm sóc sức khỏe có giấy phép của quý vị điền thông tin PHẦN C của đơn này. Phiên bản tiếng Anh của PHẦN C nằm ở hai trang cuối cùng của đơn đăng ký.

## Quy Tắc và Điều Kiện Dùng Thẻ Giảm Giá Vé

- Việc tham gia của quý vị vào chương trình Thẻ Chuyên Chở (Transportation Access Pass, hay TAP) CharlieCard được thực hiện theo Chánh Sách Riêng Tư của MBTA. Quý vị có thể xem chánh sách này tại [www.mbta.com/policies/privacy-policy](http://www.mbta.com/policies/privacy-policy)
- Nhân viên MBTA có thể kiểm tra hoặc duyệt xét Thẻ TAP CharlieCard của quý vị bất cứ lúc nào để chắc chắn chỉ người được phép sử dụng thẻ này.
- Nếu người không được phép sử dụng Thẻ TAP CharlieCard của quý vị thì họ phải chịu phạt hình sự/dân sự theo Chương 161, Đoạn 113A Luật Chung của MA và/hoặc bất kỳ Luật Chung hiện dụng nào khác của MA. Ngoài ra, quý vị có thể bị loại hoặc bị tạm ngưng tham gia chương trình Thẻ TAP CharlieCard nếu cho phép sử dụng trái phép thẻ của mình.

## PHẦN C: Xác Nhận của Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe

PHẦN C phải do chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép hoặc được chứng nhận điền thông tin và MBTA cần nhận được trong vòng 60 ngày kể từ ngày chuyên gia chăm sóc sức khỏe ký tên.

*Xin viết rõ ràng hoặc đánh máy và điền đầy đủ thông tin.*

Tên của người nộp đơn: \_\_\_\_\_

Tên của Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe: \_\_\_\_\_

Chức danh ghi trên giấy phép: \_\_\_\_\_ Chuyên khoa: \_\_\_\_\_

Số giấy phép: \_\_\_\_\_ Tiểu bang cấp: \_\_\_\_\_

Địa chỉ cơ quan: \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Bưu chính: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_ Địa chỉ điện thư: \_\_\_\_\_

**LƯU Ý QUAN TRỌNG CỦA CHƯƠNG TRÌNH:** MBTA cấp Thẻ Chuyên Chở (Transportation Access Pass, hay TAP) CharlieCard dựa trên mức khó khăn của đương đơn, cũng như có thể họ phải hoạch định và nỗ lực thêm để sử dụng xe buýt/xe lửa/xe điện ngầm công cộng do tình trạng khuyết tật về thể chất, tâm thần, trí tuệ, hoặc cảm giác. Thẻ TAP CharlieCard được cấp cho những đương đơn khuyết tật vừa phải/rất khó khăn khi phải đợi xe buýt, nghe thông báo, đọc biển hiệu, hiểu và/hoặc làm theo chỉ dẫn, lên xuống tàu, duy trì thể lực ổn định, hoạt động tốt trong đám đông, đi bộ một khoảng đến điểm chuyển xe giữa các nơi nổi tuyến, v.v... Thẻ TAP CharlieCard **KHÔNG ĐƯỢC CẤP** dựa trên mức lợi tức của đương đơn.

Phần dưới đây phải do Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe điền:

**1. Tình trạng khuyết tật của đương đơn là gì?**

Dùng (các) số phân loại theo Hướng Dẫn (trang 4): \_\_\_\_\_

Xin nêu cụ thể chẩn đoán:

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

**2. Theo mô tả ở đoạn trên đây trong phần “Lưu Ý Quan Trọng của Chương Trình” thì tình trạng khuyết tật làm đương đơn thấy khó khăn ra sao khi đi lại trên MBTA?**

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

**3. Dự tính khuyết tật kéo dài bao lâu (xin chỉ chọn một trong hai lựa chọn dưới đây):**

Khuyết tật ngắn hạn (chẳng hạn bệnh trạng cải tiến khả dĩ trong vòng 1 năm)

Khuyết tật lâu dài (chẳng hạn bệnh trạng không có kỳ vọng cải tiến)

**4. Tôi xác nhận rằng thông tin tôi cung cấp ở trên về đương đơn nộp đơn ghi danh Thẻ TAP CharlieCard của MBTA này là đúng theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi:**

Chữ ký của Chuyên gia Chăm sóc Sức khỏe

Ngày

*Lưu ý: MBTA có quyền yêu cầu xem chữ ký gốc của chuyên gia chăm sóc sức khỏe của người nộp đơn.*

## Hướng Dẫn cho Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe

Xin dùng các phân loại dưới đây để điền câu trả lời cho câu hỏi “Tình trạng khuyết tật của đương đơn là gì?” ở Phần C: Chứng Nhận của Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe.

|   |  |
|---|--|
| <p>1. <b>KHUYẾT TẬT ĐÒI HỎI CÓ THIẾT BỊ HỖ TRỢ DI CHUYỂN CÓ BÁNH</b> như xe lăn, xe ghế điện cho người khuyết tật, v.v...</p> <p>2. <b>KHUYẾT TẬT BÁN TỰ CHỦ</b> làm một người đi lại khó khăn hoặc không an toàn, và có thể cần hoặc không cần dùng nẹp chân, xe đẩy, gậy, nạng, hoặc thiết bị hỗ trợ đi đứng khác.</p> <p>3. <b>BỆNH THẦN KINH CƠ / HỆ VẬN ĐỘNG NẶNG</b> như chứng loạn dưỡng cơ, xương thủy tinh, hoặc viêm khớp, làm hạn chế khả năng làm các hoạt động sinh hoạt hàng ngày.</p> <p>4. <b>BỊ CỤT TAY/CHÂN:</b> Xin nêu rõ bị cụt (những) tay/chân nào.</p> <p>5. <b>ẢNH HƯỞNG NGHIÊM TRỌNG DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO (ĐỘT QUỴ)</b> bao gồm tình trạng thiếu hụt chức năng vận động làm ảnh hưởng đến bất kỳ hai tay/chân nào hoặc mất điều hòa vận động 4 tháng sau khi bị tai biến.</p> <p>6. <b>BỆNH HÔ HẤP NẶNG (tắc / hẹp)</b> ảnh hưởng đến việc đi đứng, bao gồm các bệnh trạng gây khó thở trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày; khi leo lên cầu thang bình thường hoặc đi bộ 100 m; dù chỉ cần hơi gắng sức hoặc ngay cả khi nghỉ ngơi.</p> <p>7. <b>BỆNH TIM NẶNG</b> bao gồm các bệnh trạng hạn chế tương đối hoặc rất nhiều động thể chất thông thường; và có thể gây mệt mỏi, đánh trống ngực, khó thở hoặc đau thắt ngực khi leo lên cầu thang bình thường hoặc đi bộ qua một hoặc nhiều tầng, dù chỉ cần hơi gắng sức hoặc ngay cả khi nghỉ ngơi.</p> <p>8. <b>Người bị SUY GIẢM HỆ MIỄN DỊCH</b>, do các bệnh trạng như HIV/AIDS; ung thư hoặc điều trị ung thư; ghép bộ phận hoặc tủy xương; hoặc các bệnh mãn tính như lupus hoặc viêm khớp dạng thấp.</p> | <p>9. <b>THỊ LỰC HẠN CHẾ</b> là khi một người có thị lực của mắt tốt hơn sau khi điều chỉnh là 20/70 hoặc thấp hơn nhưng theo luật pháp thì không bị mù.</p> <p>10. <b>MÙ THEO LUẬT PHÁP</b> là khi một người có thị lực của mắt tốt hơn sau khi điều chỉnh là 20/200 hoặc thấp hơn; hoặc thị trường ngoại vi có bán kính 10° trở xuống dù thị lực là bao nhiêu. Xin lưu ý rằng đương đơn đủ điều kiện được Thẻ CharlieCard cho Người Mù của MBTA nếu có ID Thẻ/Chứng Nhận Người Mù của Ủy Ban MA hoặc chứng nhận bị mù khác.</p> <p>11. <b>ĐIỀU TRỊ LỘC MÁU DO BỆNH THẬN.</b></p> <p>12. <b>Điếc/KHÓ NGHE.</b></p> <p>13. <b>KHUYẾT TẬT KHẢ NĂNG PHỐI HỢP</b> là khi có tình trạng thiếu hụt chức năng vận động ở bất kỳ hai tay/chân nào hoặc có những biểu hiện làm giảm đáng kể khả năng đi lại, phối hợp và/hoặc nhận thức.</p> <p>14. <b>KHUYẾT TẬT TRÍ TUỆ.</b></p> <p>15. <b>CHỨNG ĐỘNG KINH (CO GIẬT).</b></p> <p>16. <b>TỰ KỶ:</b> Xin mô tả tính chất và mức độ tình trạng khuyết tật.</p> <p>17. <b>KHUYẾT TẬT THẦN KINH</b> ảnh hưởng đến chức năng học tập, nhận thức, và hành vi. Xin cho biết tính chất bệnh trạng và nguyên nhân.</p> <p>18. <b>KHUYẾT TẬT TÂM THẦN</b> là khi bị bệnh tâm thần lâu dài:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• bao gồm loạn đáng kể về suy nghĩ, trí nhớ, nhận thức, hoặc định hướng, hoặc</li><li>• giảm đáng kể khả năng phán đoán, hành vi, khả năng nhận ra thực tế, hoặc</li><li>• ảnh hưởng lớn đến khả năng đáp ứng nhu cầu cuộc sống bình thường/độc lập về thực phẩm, nơi ở, quần áo, quản lý tài chính, và chăm sóc sức khỏe.</li></ul> |
|---|--|

Đối với PHẦN C: Chứng chỉ Chuyên gia Chăm sóc Sức khỏe bằng tiếng Anh, xem trang 5-6.

### For Internal Use Only

Staff Initials: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Approved: \_\_\_\_\_

Auto Renew: \_\_\_\_\_

Denied: \_\_\_\_\_

Incomplete: \_\_\_\_\_

## PART C: Health Care Professional Certification

PART C **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: \_\_\_\_\_

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 6): \_\_\_\_\_

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 response to “What is the applicant’s disability?” of Part C: Health Care Professional Certification.

|  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. DISABILITIES REQUIRING WHEELED MOBILITY</b> such as the use of a wheelchair, scooter, etc.</li> <li><b>2. SEMI-AMBULATORY DISABILITIES</b> 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.</li> <li><b>3. SEVERE NEUROMUSCULAR / MUSCULOSKELETAL CONDITIONS</b> such as muscular dystrophy, osteogenesis imperfecta, or arthritis where functional capacity is limited in ability to perform activities of daily living.</li> <li><b>4. AMPUTATION OF AN EXTREMITY:</b> Please specify which limb(s) are affected.</li> <li><b>5. SEVERE EFFECTS FROM CVA (STROKE)</b> including conditions where there is a functional motor deficit affecting any two limbs or ataxia 4 months post-CVA.</li> <li><b>6. SEVERE PULMONARY CONDITIONS (obstructions/ restrictions)</b> 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.</li> <li><b>7. SEVERE CARDIAC CONDITIONS</b> 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.</li> <li><b>8. IMMUNOCOMPROMISED</b> 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.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li><b>9. LOW VISION</b> where an individual has a visual acuity in the better eye, after correction, of 20/70 or less but is not legally blind.</li> <li><b>10. LEGALLY BLIND</b> 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.</li> <li><b>11. KIDNEY DIALYSIS TREATMENT.</b></li> <li><b>12. DEAF/HARD OF HEARING.</b></li> <li><b>13. COORDINATION DISABILITIES</b> where there is a functional motor deficit in any two limbs or manifestations that significantly reduce mobility, coordination, and/or perception.</li> <li><b>14. INTELLECTUAL DISABILITY.</b></li> <li><b>15. EPILEPSY (CONVULSIVE DISORDER).</b></li> <li><b>16. AUTISM:</b> Please describe nature and extent of disability.</li> <li><b>17. NEUROLOGICAL DISABILITIES</b> affecting learning, perceptual, and behavioral functioning. Please include nature of condition and etiology.</li> <li><b>18. PSYCHIATRIC DISABILITIES</b> where there is a long-term mental illness that:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• includes a substantial disorder of thought, memory, perception, or orientation, or</li> <li>• significantly impairs judgment, behavior, capacity to recognize reality, or</li> <li>• significantly impacts ability to meet ordinary/ independent life support needs of food, shelter, clothing, management of finances, and health care.</li> </ul> </li> </ol> |
|--|---|

**For Internal Use Only**

Staff Initials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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