



Gracias por su interés en la aplicación de **Transporte Estatal “Pase de Acceso”** proporcionado por la Autoridad Regional de Transito del Valle de Merrimack (MVRTA). La información obtenida en este proceso de certificación sólo será utilizada por el MVRTA para la prestación de un Pase de Acceso Transporte Estatal. Esta información se mantendrá estrictamente confidencial y no será otorgado a cualquier otra persona o agencia.

¿Qué es?

El programa de Transporte Estatal Pase de Acceso es un programa de tarifas reducidas para los residentes de Massachusetts que tienen una discapacidad y utilizan el sistema de transporte público. Este pase le permite pagar una tarifa reducida en su área de servicio local y utilizar otros servicios de Autoridad de Tránsito en todo el estado a un precio reducido (*para información de tarifas en otras áreas, por favor, póngase en contacto directamente con la autoridad de tránsito indicada que usted necesite.*)

¿Quién es elegible?

- Los individuos con una tarjeta de Medicare válida (**NO** una tarjeta de Mass Health)
- Las personas mayores de edad que tienen 60 años o más
- Las personas mayores y discapacitadas que, por razones de enfermedad, lesión, la edad u otra incapacidad o discapacidad permanente o temporal, incluidos los que son usuarios de sillas de ruedas no ambulatorios y aquellos con capacidades ambulatorios, son incapaces y sin instalaciones especiales o planificación especial o son diseñado para utilizar las instalaciones de transporte de Massachusetts y servicios de la misma eficacia que las personas que no están tan afectados.
- Los veteranos con un grado de discapacidad de al menos 70%.
- Las personas que son elegibles para el servicio de ADA de Para-transitó /EZ Trans o servicio No-ADA de Para-transitó
- Clientes del MRC (Comisión de Rehabilitación de Massachusetts), DMH (Departamento de Salud Mental), y DDS (Departamento de Servicios de Desarrollo) deben presentar una carta original en papel membretado de la agencia, del representante autorizado de la agencia (o proveedor) que verifiqué el estado actual como cliente.

¿Cómo aplicar?

- Si tiene una tarjeta de Medicare válida (**NO** una tarjeta de Mass Health), o es un veterano con un grado de discapacidad de al menos 70%, eres un pasajero activo del

servicio de EZ Trans /ADA o No-ADA de para-transitó o eres una persona de mayor de edad que tenga por lo menos 60 años o más por favor traer estas pruebas a:

La estación de guagua en Haverhill localizada en el (12 Washington Square) o la estación de guagua de Lawrence localizada en el (295 Common Street) para así obtener su pase de tarifa reducida (ejemplos de pruebas pueden ser: El número de EZ Trans de identificación, una identificación con foto o una tarjeta de notificación si es aplicable.)

Todos los demás individuos deben completar la **Parte A** de la solicitud adjunta. **Parte B debe ser completada y devuelta por un profesional con licencia de Salud.** **Ejemplos de una licencia profesional de la salud incluyen aquellos que pueden verificar su incapacidad y / o condición de salud, comprenden sus habilidades funcionales y tienen licencia en su campo tal como un médico (MD), licencia trabajador social, psicólogo, audiólogo, oftalmólogo enfermera registrada o un psiquiatra.**

Una vez que la solicitud este completa, favor de enviarla a:

Autoridad de Tránsito Regional del Valle de Merrimack
Oficina de administración
85 Railroad Avenue
Haverhill, MA 01835

El MVRTA procesará su solicitud dentro de 14 días laborables. Las solicitudes incompletas no serán procesadas. No se aceptarán fotocopias de las solicitudes **completadas**. Si el MVRTA determina que no es elegible para un Pase de Acceso de transporte, usted tiene derecho a una audiencia para apelar esta decisión. Una copia del procedimiento de recurso se envía con cada letra de inhabilitación.

Costo: No hay costo para las personas que tienen una tarjeta de Medicare (**NO** Mass Health) y personas mayores de edad (60 años o más). El costo para todas las demás personas es de \$ 3.00 dólares (**sólo en efectivo**). Si la tarjeta se pierde o es robada, todas las personas están sujetas a una tarifa de \$ 5.00 dólares para obtener una tarjeta nueva.

¿A dónde llamar si tiene alguna pregunta?

Por favor, no dude en llamar al (978) 469-6878 y seleccione la opción # 2 con cualquier pregunta que pueda tener.

PARTE A: DEBERÁ SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE

(NOTA: POR FAVOR IMPRIMIR CLARAMENTE; LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS NO SERÁN PROCESADAS)

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE:

(Apellido)

(Primer nombre)

(Inicial del segundo nombre)

DIRECCIÓN:

(Calle/ Apt#/Piso)

(Ciudad)

(Estado /código de Postal)

DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente a la anterior)

DIRECCIÓN:

(Calle/ Apt#/Piso)

(Ciudad)

(Estado/código de Postal)

FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ **TELÉFONO ALTERNATIVO:** _____

(Lista de al menos un número de teléfono para alcanzar al solicitante)

*** Por favor incluya en un pedazo de papel por separado cualquier otro contacto y / o informaciones importantes.**

Liberación de Información del Solicitante

Autorizo por este medio al profesional médico que complete la **Parte B** de la aplicación MVRTA Transporte Pase de Acceso para entregar al MVRTA cualquier información necesaria para completar esta certificación. Entiendo que toda la información médica, que se proporciona sobre mi discapacidad, se mantendrá estrictamente confidencial dentro de los límites de la ley y no se divulgará sin la aprobación previa por escrito o una orden judicial. Entiendo que el MVRTA tendrá el derecho y la oportunidad de contactar al profesional que completa esta parte para obtener información adicional sobre mi discapacidad y la elegibilidad para el programa de Transporte Pase de Acceso. Yo entiendo que si alguna de las declaraciones hechas en esta solicitud son falsas o inexactas, puedo perder los privilegios otorgados bajo el programa de Transporte Pase de Acceso. A menos que se haya revocado anteriormente, este formulario permitirá que el profesional que complete la PARTE B divulgue la información descrita hasta 60 días a partir de la fecha siguiente.

Nombre del solicitante (en letra de molde clara): _____

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____

PARTE B: SOLICITUD DE VERIFICACIÓN PROFESIONAL

Esta sección debe ser completada por un profesional de la salud aprobado y con licencia que pueda verificar la discapacidad y / o condición de salud, entiende su / sus capacidades funcionales y tiene licencia en su campo, tales como: Médico (MD), trabajador social con licencia, psicólogo, audiólogo, oftalmólogo, enfermera registrada o psiquiatra.

Las instrucciones del médico: El solicitante debe cumplir con al menos uno de los criterios de elegibilidad del programa MVRTA Transporte Pase de Acceso que figuran en la **parte C** de esta solicitud. Si desea enviar información más específica acerca de la naturaleza y el alcance de la discapacidad del solicitante, que crees que va a ayudar a hacer una determinación de elegibilidad, por favor proporcionarla en papel con membrete y adjuntar a esta solicitud.

1. ¿Está el solicitante inhabilitado de acuerdo con al menos uno de los criterios enumerados en la Parte C?

Si No Si contesto si, indique el número de criterios de la Parte C: _____

2. ¿Cuál es la naturaleza de la discapacidad del solicitante? _____

3. Por favor describa en detalle cómo la discapacidad del solicitante limita seriamente una o más funciones vitales: _____

4. ¿Esta discapacidad es una condición permanente?

Si No Si escogió que no, estimar la duración de la incapacidad en meses: _____

5. ¿Utiliza el solicitante alguna de las siguientes ayudas o equipos de movilidad cuando viaja fuera del hogar? (Por favor marque todo lo que corresponda)

_____ Silla de ruedas manual	_____ tanques respirador / Oxígeno
_____ Scooter / silla de ruedas	_____ Animal de servicio (perros guías etc...)
_____ Andador	_____ No utiliza un dispositivo de movilidad
_____ Bastón de guía / Bastón	_____ Otros (especificar)
_____ Muletas	_____

6. ¿El solicitante reside en un centro de vida asistida para pacientes internados?

Si No Si escogió que sí, calcular la duración prevista en meses: _____

A lo mejor de mi conocimiento, la información contenida en esta solicitud es correcta

(Nombre de la compañía / Agencia)

(Número de teléfono)

(Licencia de Salud profesional Nombre y cargo)
Por favor imprimir

(Numero de licencia o registración.)

(Firma)

(Fecha)

PARTE C: CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA INDIVIDUOS CON DISCAPACIDAD

1. Cualquier persona que no puede caminar más de 200 pies a una ruta de autobús o el destino final sin el uso de una ayuda de movilidad (por ejemplo: silla de ruedas, scooter eléctrico, muletas, andador, etc.)
2. Cualquier persona que tenga menos de 20/200 de visión con la mejor corrección o una restricción de campo de 20 grados o menos. Cualquier solicitante que es legalmente ciego debe presentar (con esta aplicación) un certificado de la ceguera de la Comisión de Massachusetts para Ciegos (800) 392-6450.
3. Personas discapacitadas debido a deficiencia auditivas manifestadas por uno o más de los siguientes:
 - a. Mejor promedio de tonos de oído puro de 90 dB HL (sin ayuda) para los tonos de 500, 1000, 2000 Hz o;
 - b. Mejor discriminación del habla una puntuación igual o inferior a 40% (sin ayuda), medido por el ensayo de materiales estandarizados.
4. Cualquier persona con una G.A.F (Evaluación Global del Funcionamiento) de 60 o menos
5. Cualquier individuo que sea un veterano con una calificación de discapacidad de al menos 70%
6. Cualquier persona que tenga una tarjeta de Medicare (**NO** una tarjeta de Mass Health)
7. Personas mayores de edad que tengan 60 años o más
8. Personas mayores y discapacitadas que, debido a una enfermedad, lesión, edad u otra incapacidad o discapacidad permanente o temporal, incluidos los que están en silla de ruedas no ambulatorios y aquellos con capacidades semi-ambulatorios, son incapaces y sin instalaciones especiales o planificación especial o el diseño de utilizar las instalaciones de transporte de Massachusetts y servicios de la misma eficacia que las personas que no están tan afectadas.
9. Cualquier persona que es elegible para EZ Trans de ADA o servicio No-ADA Paratrásito
10. Clientes del MRC (Comisión de Rehabilitación de Massachusetts), DMH (Departamento de Salud Mental), y DDS (Departamento de Servicios de Desarrollo) Presentar una carta original en papel membretado de la agencia, del representante autorizado de la agencia (o proveedor) que verifique el estado actual como cliente.

*Nota: Las certificaciones médicas de un profesional o agencia de atención médica con licencia deben enviarse a la MVRTA por fax o correo electrónico.

Correo Electrónico: marketing@mvrta.com

Fax: 978-372-2584

