

**Información del
contacto de emergencia**

*En caso de emergencia (para uso exclusivo del
DFTA)*

SU NÚMERO DE TELÉFONO:

CONTACTO DE EMERGENCIA:

**NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO DEL
CONTACTO:**

**NÚMERO DE TELÉFONO NOCTURNO DEL
CONTACTO:**

NYC Department for the Aging
ATTN: Carrier Alert Program
2 Lafayette Street, 15th Floor
New York, NY 10007



Departamento de las Personas Mayores de la Ciudad de Nueva York
Oficina del Alcalde para Personas Discapacitadas
Servicio Postal de los Estados Unidos
Asociación Nacional de Carteros



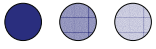
**PROGRAMA DE
ALERTA DE
CARTEROS**

Formulario de inscripción



Michael R. Bloomberg, Mayor, City of New York





Formulario de inscripción

¡SÍ! Deseo inscribirme en el Programa de Alerta de Carteros. Entiendo que el DFTA (Departamento de las Personas Mayores) compartirá mi dirección con el USPS (Servicio Postal de Estados Unidos) para poder completar mi inscripción. Mi cartero colocará el autoadhesivo de Alerta de Carteros en mi buzón. Le suministro mi número de teléfono y el número de teléfono de la persona de contacto en caso de emergencia para que el DFTA me brinde servicios en caso de ser necesario. **(NOTA: Los solicitantes que reúnan los requisitos deben recibir la correspondencia de manos de un cartero en un buzón o estafeta postal en su casa o edificio de apartamentos.)**

NOMBRE (en letra de imprenta):

FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año):

_____ / _____ / _____

DIRECCIÓN POSTAL (incluya el número de apartamento y el código postal):

¿ES USTED DISCAPACITADO? (marque uno)

_____ Sí

_____ No

AUTORIZACIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDADES LEGALES

(Su inscripción no estará completa hasta que complete este formulario)

Por la presente autorizo expresamente al Programa de Alerta de Carteros, bajo la dirección del Departamento de las Personas Mayores de la Ciudad de Nueva York (DFTA, por su sigla en inglés) a utilizar esta información en caso de una emergencia. Comprendo que esta información será confidencial y la guardará el Programa de Alerta de Carteros. También autorizo expresamente al Servicio Postal de Estados Unidos (USPS, por su sigla en inglés) a alertar al DFTA si se acumula la correspondencia en mi buzón. En caso de ausentarme (por ejemplo, por estar de vacaciones o si me interno en un hospital) se lo informaré al cartero por anticipado y por escrito, y cubriré el autoadhesivo de mi buzón.

Comprendo que se trata de un programa voluntario y que no es siempre el mismo cartero el que atiende mi ruta. Comprendo que para poder participar en el Programa de Alerta de Carteros debo tener un buzón externo o una estafeta postal en el edificio de apartamentos donde un cartero de USPS deposite mi correspondencia (esto excluye a la gerencia/personal del edificio que entrega la correspondencia .)

continuado

Mi cartero determinará si mi buzón es adecuado. Aguardaré que el DFTA confirme que se ha aprobado mi solicitud.

Puedo dar por finalizada mi participación en este programa notificándolo por escrito como mínimo treinta (30) días antes de la fecha de finalización.

Comprendo que el propósito de este programa es mejorar la seguridad de la población de la tercera edad y discapacitados, y que mi inscripción voluntaria no establece obligaciones legales con los proveedores. En consecuencia, acepto que no demandaré judicialmente al DFTA (Departamento de las Personas Mayores), la MOPD (Oficina del Alcalde para Personas Discapacitadas), la NALC (Asociación Nacional de Carteros) y al USPS (Servicio Postal de los Estados Unidos) por cualquier daño o lesión que sufra a causa de mi participación en este programa.

NOMBRE (en letra de imprenta):

FIRMA:

FECHA (mes/día/año):

_____ / _____ / _____