Department of Transportation

Инструкции и форма заявления
Разрешение города Нью-Йорк на парковку специальных автомобилей
Разрешение на парковку для людей с ограниченными возможностями
(Parking Permit for People with Disabilities, PPPD)

Лицо с ограниченными возможностями, желающее получить городское разрешение на парковку автомобиля для людей с ограниченными возможностями (PPPD), должно отвечать перечисленным ниже требованиям.

I. **Вы должны предоставить нам действующую копию своего водительского удостоверения или другого удостоверения личности.**

II. Для перемещения вам должен быть необходим личный автомобиль.

III. Предоставьте документы о тяжелой форме инвалидности, ограничивающей вашу способность передвижения, которые подтверждены вашим лечащим врачом и врачом, назначенным Департаментом здравоохранения и психической гигиены, DOHMH города Нью-Йорк.

IV. Предоставьте всю необходимую информацию, запрашиваемую в форме заявления. Напишите в заявлении свое имя В ТОЧНОСТИ ТАК, как оно указано в вашем водительском удостоверении, выданном органами штата, или другом удостоверении личности. **Приложите копию своего водительского удостоверения или другого удостоверения личности.** Не до конца заполненные заявления возвращаются отправителям. **ЗАПОЛНИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ** всю информацию, кроме подписей.

V. Если вы не можете поставить подпись или являетесь несовершеннолетним, подпись может поставить за вас ваш родитель, супруг(а), опекун или лицо, обладающее доверенностью, с указанием причины и его связи с вами.

Приложите копию регистрационных документов для каждого автомобиля, *указанного в заявлении. Регистрация* ***должна быть*** *непросроченной и действительной.* ***Мы не принимаем заявления от владельцев номерных знаков, которые являются предметом судебного спора с отделом нарушений правил парковки Департамента финансов (DepartmentofFinanceParkingViolationsOperationsunit) города Нью-Йорк.***

ПРИМЕЧАНИЕ. Лицу с ограниченными возможностями выдается ***одно*** разрешение на специальные номерные знаки при подтверждении его недееспособности врачом, назначенным Департаментом здравоохранения и психической гигиены города Нью-Йорк. Это разрешение ***должно находиться*** в автомобиле, в котором передвигается его получатель. Создание дубликатов, изменение, копирование и подделка разрешения на парковку являются уголовным преступлением.

City Instructions 5-2015em

NYC Department of Transportation
Permits & Customer Service (PPPD Unit)
30-30 Thomson Avenue, 2nd Floor, LIC, New York 11101
T: 718 433-3100, TTY: 212 504-4115
nyc.gov/dot

VI. После получения вашего заявления мы проверим, заполнены ли все необходимые поля. Не до конца заполненное заявление будет возвращено вместе с просьбой предоставить недостающую информацию. Заполненные заявления в течение 15–20 рабочих дней направляются в Департамент здравоохранения и психической гигиены (DOHMH).

VII. DOHMH проведет проверку заявления и документов и в случае, если потребуется дополнительная подтверждающая медицинская документация, свяжется с вами и/или назначит очное медицинское освидетельствование.

Если от вас требуется предоставить в DOHMH дополнительные медицинские документы, они должны быть направлены в течение 30 дней (в противном случае ваше дело будет закрыто).

Если от вас требуется пройти очное медицинское освидетельствование в DOHMH, а вам необходимо отменить либо перенести его на другое время, позвоните в DOHMH не менее чем за 48 часов до назначенного времени по телефону (347) 396-6552.

VIII. Если ваше заявление будет утверждено муниципальным врачом, назначенным DOHMH, DOT выдаст вам одно разрешение на указанные номерные знаки. Если ваше заявление будет отклонено, DOT направит вам официальное письмо с отказом, в котором будет описана процедура обжалования этого решения.

ПРИМЕЧАНИЕ. Любая информация, направляемая вместе с этим заявлением, а также дополнительная медицинская информация, которую вы предоставляете сертифицированному врачу, сохраняется в тайне и предоставляется только тем лицам, которые участвуют в процедуре сертификации и/или выдачи разрешения, в той мере, в какой это разрешено или требуется законом. Вы можете обратиться в PPPD по следующим номерам по любым вопросам, связанным с этим заявлением: телефон — (718) 433-3100, с понедельника по пятницу в течение рабочего дня; телетайп — (212) 504-4115 (в любое время).

Жители Нью-Йорка могут получить регистрационную форму избирателя (VoterRegistrationForm) в Интернете на странице VOTENYC, либо путем обращения в Совет по выборам (BoardofElections) по телефону 212-868-3692 или в колл-центр по телефону 866-VOTE-NYC.
Для получения государственных услуг не требуется регистрация в качестве избирателя.

City Instructions 5-2015em

NYC Department of Transportation
Permits & Customer Service (PPPD Unit)
30-30 Thomson Avenue, 2nd Floor, LIC, New York 11101
T: 718 433-3100, TTY: 212 504-4115
nyc.gov/dot

Департамент транспорта города Нью-Йорк (New York City Department of Transportation)
РАЗРЕШЕНИЯ НА ПАРКОВКУ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
(PARKING PERMITS FOR PEOPLE WITH DISABILITIES, PPPD)

Заявление на получение **ГОРОДСКОГО** разрешения на парковку
для людей с ограниченными возможностями

Приложите копию своего водительского удостоверения, выданного органами штата, или другого удостоверения личности

А. ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ (лицо с ограниченными возможностями)	**Номер водительского удостоверения**	**Номер другого удостоверения личности**

Фамилия	Имя	Отчество (инициал)	Номер карты социального обеспечения (обязательно)

Домашний адрес: улица, номер дома и квартиры

Город	Штат	Почтовый индекс	Номер телефона	Рабочий или другой номер телефона

Дата рождения	Пол (обведите) М Ж	Рост	Вес	Цвет волос	Цвет глаз

Адрес эл. почты:

Б Есть ли у вас действующее разрешение штата Нью-Йорк (навесная бирка синего цвета)? Да ☐ Нет ☐

В противном случае, если Вы являетесь жителем города Нью-Йорк, хотели бы Вы подать заявление на получение разрешения штата в дополнение к городскому разрешению? Да ☐ Нет ☐

В. НОМЕРНЫЕ ЗНАКИ

Предоставьте копию всех действующих регистрационных документов. Помните о том, что документы, которые Вы подаете, будут проверены в отделе нарушений правил парковки, и номера, по которым открыто судебное разбирательство, не будут внесены в разрешение. * Если Вы укажете более трех номерных знаков, Вы не сможете вносить временные изменения в данные номеров.

	3.	5.	7.	9.
2.	4.	6.	8.	10.

Г. ЗАЯВЛЕНИЕ

Будучи осведомленным(ой) об ответственности, предусмотренной в соответствии с § 210.45 Уголовного кодекса, заявляю, что все указанные здесь данные, насколько мне известно, являются точными и достоверными, что я не делаю намеренно ложных заявлений и не предоставляю заведомо ложную информацию. Я понимаю, что все указанные здесь сведения будут предоставлены только лицам, участвующим в процедуре выдачи разрешения, в той мере, в какой это разрешено или требуется законом.

ДАТА _____ ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ * _____

Если на медицинском освидетельствовании Вам потребуются услуги переводчика, укажите соответствующий язык (включая язык жестов): _____.

Д. * Если заявителю не исполнилось 18 лет либо он не может подписать заявление, укажите ФИО и номер телефона родителя, опекуна, супруга(и) или другого контактного лица и приложите копию документов об опекунстве или доверенности.

ФИО	Номер телефона	Кем приходится заявителю

ВНИМАНИЕ!

Помимо заполнения формы Вашим личным врачом, Ваша инвалидность должна быть подтверждена муниципальным врачом, который назначен Департаментом здравоохранения и психической гигиены города Нью-Йорк (Department of Health and Mental Hygiene, DOHMH).

СТРАНИЦА С МЕДИЦИНСКИМИ ДАННЫМИ

МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ И СОСТОЯНИЕ заявителя:

ФИО **Дата рождения**

(*ЭТОТ РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВАШИМ ЛИЧНЫМ ВРАЧОМ*):

Укажите срок и группу (тип) инвалидности. Укажите все диагнозы и **полностью опишите основную проблему, являющуюся причиной ограничения подвижности. (ЗАПОЛНЯЙТЕ РАЗБОРЧИВО)**

Объясните, как характер заболевания нарушает способность пациента ходить:

Дата последнего осмотра:

Имеют ли ограничения возможностей постоянный характер? Да ☐ Нет ☐

По Вашему мнению, *действительно ли необходим* этому лицу личный автомобиль для транспортировки в связи с имеющимися у него ограничениями возможностей? Да ☐ Нет ☐

Предоставьте своему пациенту всю необходимую подтверждающую медицинскую документацию [ТОЛЬКО ОТЧЕТЫ, БЕЗ КОМПАКТ-ДИСКОВ С МЕДИЦИНСКИМИ ДАННЫМИ И ПЛЕНОК] (например, рентгеновские снимки заключения МРТ/КТ/ результаты стресс-теста/ЭКГ, заключения хирургов и т.д.), которую он сможет вместе со своим заявлением направить на проверку назначенному муниципалитетом сертифицированному врачу для подтверждения своих ограниченных возможностей. Заявление и подтверждающие документы будут проверены, и при необходимости будет назначено очное медицинское освидетельствование. Если очное освидетельствование не потребуется, муниципальным врачом будет вынесено решение по результатам проверки заявления и прилагаемой документации. Внимательно и аккуратно заполните эту страницу.

Подтверждение состояния заявителя его личным врачом:

Я подтверждаю, что мною был проведен личный осмотр указанного выше пациента, и что указанная в этом заявлении информация о типе инвалидности этого лица достоверна. Своей подписью ниже Вы подтверждаете, что указанная Вами информация достоверна и предоставлена в полной форме; ложные утверждения и намеренное искажение фактов преследуются согласно разделу 210.45 Уголовного законодательства штата Ньй-Йорк (NYS Penal Law), в том числе путем наложения штрафа. Кроме того, обо всех сделанных Вами ложных заявлениях будет сообщено в службу профессиональной медицинской этики Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк (Department of Health Office of Professional Medical Conduct).

ПОДПИСЬ ВРАЧА	ИМЯ ВРАЧА (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	НОМЕР ЛИЦЕНЗИИ НА ВЕДЕНИЕ ПРОФ. ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК
ДАТА	АДРЕС	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Контрольный список: для проверки полноты указанных в заявлении сведений.
Ознакомьтесь со всеми инструкциями по заполнению заявления и страницы с медицинскими данными.

Всем заявителям: если в заявлении отсутствуют какие-либо из указанных ниже сведений, Ваше заявление будет возвращено Вам.

☐ 1. Приложили ли Вы копию своего (заявителя) водительского удостоверения или другого удостоверения личности?

☐ 2. Приложили ли Вы копию регистрационных документов на автомобиль, который будет внесен в городское разрешение в случае утверждения Вашего заявления?
(Примечание: для арендуемых автомобилей- приложите копию договора аренды, для корпоративных автомобилей приложите нотариально заверенные аффидевиты заявителя и компании (на бланке компании) о том, что указанный автомобиль находится в Вашем исключительном пользовании.)

☐ 3. Если адрес на Вашем водительском удостоверении не совпадает с адресом в заявлении либо в случае, если Вы сменили адрес, приложите копии двух разных счетов на оплату коммунальных услуг, подтверждающих место Вашего проживания (см. ниже).

☐ 4. Указали ли Вы свое (заявителя) имя на медицинской форме? (Если применимо.)

☐ 5. Указал ли Ваш врач (разборчиво)**все** Ваши медицинские данные ? Приложите всю подтверждающую документацию **[ТОЛЬКО ОТЧЕТЫ, БЕЗ КОМПАКТ-ДИСКОВ С МЕДИЦИНСКИМИ ДАННЫМИ И ПЛЕНОК]** (например, рентгеновские снимки/заключения МРТ/КТ, результаты стресс-теста/ЭКГ, заключения хирургов и т.д)

☐ 6. Заполнили ли Вы **полностью** заявление на получение нового разрешения или продление существующего?

Текущие счета на оплату коммунальных услуг:стационарный/мобильный телефон, электроэнергия, газ, вода, кабельное телевидение, выписки по банковскому счету, кредитной карте или ипотеке.

Если заявитель является несовершеннолетним, его родители могут приложитьлюбые два из перечисленных выше счетов либо письмо из школы ребенка с указанием его домашнего адреса.

City Check List 5-2015em