



TOWN OF ISLIP DEPARTMENT OF PARKS, RECREATION & CULTURAL AFFAIRS

50 IRISH LANE • EAST ISLIP, NEW YORK 11730-2098

Disabled Parking Division • (631) 224-5335

Los permisos de estacionamiento para discapacitados se otorgan **ÚNICAMENTE** a los residentes de la ciudad de Islip. Los permisos de estacionamiento permanentes son válidos por cuatro (4) años. En el cual se le solicitará que un médico vuelva a certificar la solicitud. Los permisos de estacionamiento temporales son válidos por un máximo de seis (6) meses y se otorgan a cualquier residente que tenga una discapacidad temporal y no **pueda caminar temporalmente sin la ayuda de un dispositivo de asistencia.**

La solicitud completa y los documentos requeridos se pueden enviar por correo o traer en persona a nuestra oficina.

Todos los permisos de estacionamiento para discapacitados se **DEBEN** devolver a nuestra oficina después de la fecha de vencimiento o, si ya no lo necesitan.

NO SE ACEPTARÁ FAX, ESCANEADO O FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD COMPLETA

REQUISITOS DEL SOLICITANTE/MÉDICO

- Parte I de la solicitud debe ser completada y firmada por el solicitante. Un padre/guardián podrá firmar la solicitud para solicitantes menores de 18 años y deben mostrar identificación.
- Parte II de la solicitud debe ser completada y firmada por su médico, con la siguiente información: Número de licencia profesional *Diagnóstico escrito, sin códigos de diagnóstico
- Quiroprácticos (DC) no se consideran “médicos” según la Ley de Vehículos y Tránsito, Sec. 1203-A.
- Sello del consultorio médico, receta anulada o carta con membrete fechada y firmada por el mismo médico que se requiere completar la solicitud.

IDENTIFICACIÓN

- Licencia válida de conducir/Foto de no conductor emitida por el DMV para el solicitante.
- Identificación de la persona que vaya recoger el permiso de estacionamiento en nombre del solicitante.

Comuníquese con la oficina al (631) 224-5335 para obtener información adicional sobre la prueba de identidad aceptada.

PRUEBA DE RESIDENCIA

- Se requiere una pieza de correo oficial fechada dentro de los últimos seis (6) meses con su solicitud, además de los requisitos de identificación.
- El Estado de Nueva York no acepta un apartado postal como prueba aceptable de residencia. Por favor envíe dos piezas de correo oficial fechadas dentro de los últimos seis (6) meses si su identificación indica un apartado postal: seguro de automóvil, registro de automóvil, factura de servicios públicos, extracto bancario, extracto de tarjeta de crédito o explicación de los beneficios del seguro que incluya su nombre y dirección física actual.

PERMISOS DAÑADOS/PERDIDOS O ROBADOS

- Si su permiso está Dañado, Perdido o Robado, comuníquese con nuestra oficina de inmediato al (631) 224-53235 para obtener más información.

Aviso Especial y Precaución: La Ley de Tránsito del estado de Nueva York establece que este permiso debe usarse exclusivamente en un vehículo en el que se transporta a la persona a quien se le ha otorgado, y dicho permiso no será transferible y se perderá, si lo presenta cualquier otra persona. Cualquier abuso por parte de cualquier persona, instalación o cualquier privilegio, beneficio, precedencia o consideración otorgada de conformidad con la emisión de dicho permiso



TOWN OF ISLIP DEPARTMENT OF PARKS, RECREATION & CULTURAL AFFAIRS
 Disabled Parking Division • 50 Irish Lane • East Islip, New York 11730-2098 • (631) 224-5335

PARTE 1: PARA SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE O EL PADRE/GUARDIÁN SI ES MENOR DE EDAD

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: N.º y calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ N.º de teléfono: _____

X _____ / ____/____
 Firma de la persona con discapacidad/Firma del padre/guardián Fecha
 Si lo firma un padre/guardián, indique su relación y copia de su identificación

PART 2: TO BE COMPLETED BY AUTHORIZED MEDICAL PROFESSIONAL (DIAGNOSIS REQUIRED)

Disabilities must be certified by a Medical Doctor (MD), Doctor of Osteopathy (DO), Physician Assistant (PA), Nurse Practitioner (NP), A Doctor of Podiatric Medicine (DPM) for severe disabilities to the foot, or Optometrist (OD) for blindness

TEMPORARY DISABILITY: A person with a “temporary disability” is any person who is TEMPORARILY unable to ambulate without the aid of an assisting device at all times. Examples of an assisting device include, but are not limited to, a leg/knee brace, cane, crutch, prosthetic device, wheelchair or walker at all times.

IMPORTANT: Temporary permits are issued for six (6) months or less regardless of expected recovery date.

Name of Physician: _____ Physician License # _____

Diagnosis: _____ (Do Not Abbreviate or Use Diagnosis Codes)

Expected Recovery Date: ____/____/____ Use of Assistive device required for Parking Permit: _____

PERMANENT DISABILITY: A “severely disabled” person is any person with one or more of the PERMANENT impairments, disabilities or conditions listed below, which limit mobility.

Name of Physician: _____ Physician License # _____

Diagnosis: _____ (Do Not Abbreviate or Use of Diagnosis Codes)

Explain how Severe Disability limits mobility not distance: _____

Neuromuscular dysfunction that severely **limits mobility** Class III or IV cardiac condition (American Heart Assoc. Standards) **limits mobility**

Severely limited in ability to walk due to an arthritic, neurological or orthopedic condition
 (Does not include a general diagnosis of arthritis without detailed explanation of inability to walk without SEVERE difficulty at all times)

Limited or no use of one or both legs Legally Blind (certified by OD only) Use of portable oxygen

Severely restricted by lung disease to such an extent that forced (respiratory) expiratory volume for one second, when measured by spirometry, is less than one liter, or the arterial oxygen tension is less than sixty mm/hg of room air at rest unable to walk 200 ft. without stopping

X _____ / ____/____
 Original Signature ONLY – No faxed, scanned or signature stamps accepted Date (must be dated within last 12 months)

Picked up: _____ **REQUIRED PHYSICIAN OFFICE STAMP - WILL NOT ACCEPT WITHOUT** Mailed: _____

For office use only: New / Travel / Perm Renewal / Temp Renewal / Temp to Perm / Perm to Temp
 Permit #: _____ Exp. Date: _____ Driver’s License #: _____ - _____ - _____ Exp. Date: ____/____/____
 Prior #: _____ Returned: _____ Nondriver’s License # _____ - _____ - _____ Exp. Date: ____/____/____
 Disabled Plate #: _____ Organization Plate # _____ Issuing Agent: _____ BAS: _____