

Информация для связи в экстренных случаях

*В случае крайней необходимости (только для
служебного пользования департамента)*

ВАШ НОМЕР ТЕЛЕФОНА:

**КОНТАКТНОЕ ЛИЦО НА СЛУЧАЙ
КРАЙНЕЙ НЕОБХОДИМОСТИ:**

**КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН В ДНЕВНОЕ
ВРЕМЯ:**

**КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН В ВЕЧЕРНЕЕ
ВРЕМЯ:**

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



Michael R. Bloomberg, Mayor, City of New York



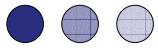
Департамент по вопросам помощи пожилым людям г. Нью-Йорка
Управление мэра по делам инвалидов
Почтовая служба Соединенных Штатов
Национальная ассоциация почтальонов



ПРОГРАММА АКТИВНОГО ВНИМАНИЯ ПОЧТАЛЬОНОВ

Регистрационная форма





Регистрационная форма

Да! Я хочу записаться для участия в «Программе активного внимания почтальонов» (Carrier Alert Program). Я понимаю, что Департамент по вопросам помощи пожилым людям предоставит мой адрес почтовой службе США для моей регистрации. Почтальон поместит на моем почтовом ящике наклейку участника «Программы активного внимания почтальонов». Я предоставляю свой номер телефона, а также номер телефона контактного лица на случай экстренной ситуации, для того чтобы помочь департаменту оказать мне услуги в случае необходимости. **(ПРИМЕЧАНИЕ: заявителям, имеющим право на участие в программе, почта должна доставляться почтальонами в почтовый ящик при их доме или в отделение для почтовой корреспонденции в многоквартирном здании.)**

ИМЯ (печатными буквами):

ДАТА РОЖДЕНИЯ (месяц/день/год):

____ / ____ / ____

**ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (включая номер
квартиры и почтовый индекс):**

**ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ ИНВАЛИДОМ?
(отметьте один вариант)**

_____ Да _____ Нет

РАЗРЕШЕНИЕ И ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

(Ваша регистрация не будет завершена до тех пор, пока не будет заполнена эта форма)

Настоящим я разрешаю «Программе активного внимания почтальонов» под руководством Департамента по вопросам помощи пожилым людям г. Нью-Йорка использовать эту информацию в случае экстренной ситуации. Я понимаю, что эта информация останется конфиденциальной и будет в распоряжении «Программы активного внимания почтальонов». Я также разрешаю Почтовой службе Соединенных Штатов Америки предупредить департамент в случае, если в моем почтовом ящике накопится много почты. Если меня не будет дома (например, на отдыхе или в больнице), я заранее письменно сообщу об этом почтальону и закрою наклейку на моем почтовом ящике.

Я понимаю, что это добровольная программа, и что мой адрес не всегда обслуживается одним и тем же почтальоном. Я понимаю, что для участия в «Программе активного внимания почтальонов» мой почтовый ящик должен быть расположен снаружи дома или в отделении для почтовой корреспонденции многоквартирного здания, куда почтальон доставляет мою почту (за исключением доставки почты домоуправлением/персоналом).

продолжено

Мой почтальон определит, является ли мой почтовый ящик подходящим для программы. Я буду ожидать подтверждения из департамента о том, что мое заявление было удовлетворено.

Я могу прекратить свое участие в программе, предоставив письменное уведомление минимум за 30 (тридцать) дней до даты прекращения участия.

Я понимаю, что задача данной программы заключается в повышении защищенности пожилых людей и инвалидов и что мое добровольное участие в программе не влечет юридических обязательств со стороны поставщиков услуг. Принимая во внимание эти факты, я не стану подавать в суд на Департамент по вопросам помощи пожилым людям (DFTA), Управление мэра по делам инвалидов (MOPD), Национальную ассоциацию почтальонов (NALC) и почтовую службу США (USPS) в случае какого-либо вреда вследствие моего участия в программе.

**ИМЯ, ФАМИЛИЯ (печатными
буквами):**

ПОДПИСЬ:

Дата (месяц/день/год):

____ / ____ / ____

продолжено