

### A. DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido	Primer Nombre	Inicial de Segundo Nombre
Dirección		Número de apto.
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono durante el día ( ) -	Número de Licencia del DOHMH	Número de Seguro Social o ITIN

### B. SELECCIONE CUIDADAMENTE UNO O MÁS CONDADOS

Puede solicitar un lugar en la lista de espera de uno o más condados. Debe anotar sólo los condados en donde desee operar un carrito. **Manhattan y Queens no son opciones disponibles actualmente.**

Bronx  Brooklyn  Staten Island

### C. GRUPOS PRIORITARIOS

#### DEBE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS.

Si responde "SÍ" a alguna pregunta y es seleccionado de entre una lista de espera, se le pedirá una prueba a su respuesta. **Si no proporciona dicha documentación, su solicitud para inscribirse será rechazada para todos los condados que usted eligió y deberá volver a solicitar la inscripción.** Por favor responda cuidadosamente.

1. ¿Se encuentra actualmente en una lista de espera para vendedor ambulante de alimentos <b>que no sea para un Green Cart</b> del Departamento de Salud?	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Es usted discapacitado? ( <i>Consulte la definición de 'discapacitado' en las instrucciones.</i> )	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Es usted un veterano de los Estados Unidos?	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

### D. ASISTENCIA PARA VENEDORES DE LOS GREEN CARTS

¿Le gustaría recibir información sobre la compra de frutas y vegetales? Sí  No   
(Si responde "Sí", sus datos de contacto serán enviados a Karp Resources quien le puede dar más información.)

¿Le gustaría recibir información sobre préstamos comerciales de bajo costo? Sí  No   
(Si responde "Sí", sus datos de contacto serán enviados a ACCIÓN USA quien le puede brindar más información.)

### E. FIRME Y FECHES ESTE FORMULARIO, CERTIFICANDO LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÓ

Confirmando que la información que he proporcionado como respuesta a las preguntas anteriores son correctas:

Firma de Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### F. ENVÍE ESTE FORMULARIO POR CORREO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN. DEBE TENER MATASELLOS ANTERIOR AL 3 DE FEBRERO DE 2012 A MÁS TARDAR.

Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York  
125 Worth Street  
C.N. EHS 1000  
New York, NY 10013

Para obtener más información, llame al 311 y pregunte sobre los "Green Carts" o visite [nyc.gov/greencarts](http://nyc.gov/greencarts)

Otros idiomas disponibles: árabe (عربي), bengalí (□□□□□), chino (中文), y urdu (ودرا)