



**Instrucciones y Solicitud**  
**Permiso especial de estacionamiento de la Ciudad de Nueva York**  
**para la identificación de vehículos**  
**Permiso de estacionamiento para personas con discapacidad**  
**(Parking Permit for People with Disabilities, PPPD)**

Para obtener un Permiso municipal de estacionamiento para personas con discapacidad (PPPD), la persona discapacitada debe cumplir los siguientes requisitos;

- I. **Presentar una copia válida de su licencia de conducir o tarjeta de identificación de no conductor (Non-Driver License Identification Card).**
- II. Necesitar el uso de un vehículo privado para transportarse.
- III. Tener una discapacidad grave y permanente que le impida movilizarse certificada por su médico de cabecera y por un médico de la ciudad de Nueva York designado por el Departamento de Salud e Higiene Mental (Department of Health and Mental Hygiene, DOHMH).
- IV. Presentar toda la información pertinente que se solicite en el formulario. Escribir su nombre en la solicitud **EXACTAMENTE** como aparece en su licencia de conducir expedida por el Estado o en la tarjeta de identificación de no conductor. **Adjuntar una copia de su licencia de conducir o tarjeta de identificación de no conductor** Las solicitudes incompletas se devolverán. **ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA O A MÁQUINA** toda la información, excepto las firmas.
- V. Si el solicitante no puede firmar o es menor de edad, puede firmar uno de los padres, su cónyuge, tutor o representante legal e indicar el motivo y la relación que tiene con el solicitante.
- VI. Adjuntar una copia de la matrícula de cada vehículo que se indique en la *solicitud*. *La matrícula debe estar vigente y válida. No aceptaremos números de placa con procesos judiciales pendientes con la Unidad de Infracciones de Estacionamiento del Departamento de Finanzas de la ciudad de Nueva York (New York City Department of Finance Parking Violations Operations Unit).*

NOTA: Se expedirá **un (1)** permiso con los números de placas especificados impresos a la persona cuya discapacidad haya certificado un médico designado por el Departamento de Salud e Higiene Mental de la ciudad de Nueva York. El titular del permiso debe **mantenerlo** en el vehículo que utiliza para transportarse. Toda duplicación, alteración, reproducción o falsificación de un permiso de estacionamiento es un delito grave.

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](http://nyc.gov/dot)



- VII. Cuando recibamos su solicitud, verificaremos que esté completa. Las solicitudes incompletas se devolverán al remitente con una carta de petición de la información faltante. Las solicitudes completas se remitirán en un plazo de 15 a 20 días laborables al Departamento de Salud e Higiene Mental (DOHMH).
- VIII. El DOHMH realizará un estudio de la solicitud y de los documentos y, de ser necesario, se comunicará con usted para solicitar documentos médicos adicionales y/o programará una evaluación médica en persona.

Si debe presentar documentos médicos adicionales al DOHMH, lo debe hacer en un plazo de 30 días o se cerrará su caso.

Si el DOHMH debe realizarle una evaluación médica en persona y necesita cancelar o reprogramar su cita, debe llamar al DOHMH al (347) 396-6552 no más tarde de 48 horas antes de su cita.

- IX. Si el médico de la ciudad designado por el DOHMH aprueba su solicitud, el Departamento de Transporte (DOT) le expedirá un permiso con los números de placas especificados impresos. Si se deniega su solicitud, el DOT le enviará una carta de denegación de la certificación y una descripción del proceso de apelación.

NOTA: Toda la información en esta solicitud y cualquier otra información médica que presente al médico certificador es confidencial y solo se compartirá con las personas que participen en el proceso de certificación o permiso, en la medida en que la ley lo permita o exija. Si tiene preguntas sobre esta solicitud, puede llamar al PPPD al número de teléfono siguiente para solicitar ayuda: (718) 433-3100 de lunes a viernes durante el horario de atención o al TTY (212) 504-4115 (a cualquier hora).

Los residentes de Nueva York pueden obtener un formulario de registro de votante (Voter Registration Form) en línea en VOTENYC o llamando a la Junta Electoral (Board of Elections) al 212-868-3692 o al banco de llamadas 866-VOTE-NYC. No se necesita registro de votante para recibir servicios gubernamentales.

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](http://nyc.gov/dot)

Departamento de Transporte de la Ciudad de Nueva York  
**PERMISO DE ESTACIONAMIENTO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD**  
**(PARKING PERMITS FOR PEOPLE WITH DISABILITIES, PPPD)**

Solicitud del permiso de estacionamiento para personas con discapacidad en la **CIUDAD**  
**Adjunte una copia de su licencia de conducir expedida por el estado o de su tarjeta de identificación de no conductor**

<b>HISTORIAL DEL SOLICITANTE</b> <b>(la persona con discapacidad)</b>		<b>N.º de licencia de conducir:</b>		<b>N.º de identificación de no conductor:</b>	
Apellido		Nombre		Inicial 2.º nombre	
Dirección de domicilio: N.º de calle y apto.					
Ciudad		Estado		Código postal	
Fecha de nacimiento		Sexo (encierre en un círculo) M      F		Estatura	
N.º de teléfono		N.º de teléfono de trabajo o alternativo		Color de pelo	
Peso		Color de ojos			
<b>Correo electrónico:</b>					
<b>B. ¿En la actualidad, tiene un permiso del estado de Nueva York? (etiqueta azul colgante)</b>					
Si respondió negativamente y es residente de la ciudad de Nueva York, ¿le gustaría solicitar un permiso estatal además del permiso de la ciudad?				Sí _____ No _____	
				Sí _____ No _____	
<b>C. NÚMERO(S) DE PLACA(S)</b>					
Debe presentar una copia de todos los registros de vehículos vigentes. Le informamos que los registros que presente a nuestra oficina se revisarán con la Unidad de Infracciones de Estacionamiento y los números de placa con procesos judiciales pendientes no se imprimirán en su permiso. *Si indica más de 3 números de placa, no podrá solicitar ningún cambio temporal de números de placa.					
1.		3.		5.	
2.		4.		6.	
				7.	
				8.	
				9.	
				10.	
<b>D. DECLARACIÓN</b>					
Declaro, bajo pena de perjurio de conformidad con la sección 210.45 de la Ley Penal, que las afirmaciones que contiene este documento son, a mi leal saber y entender, verdaderas y correctas y que no he presentado ninguna declaración falsa deliberada ni intencional ni he proporcionado información que sé que es falsa. Entiendo que la información que se proporciona en este documento se compartirá solamente con aquellos que participen en la tramitación de permisos, en la medida en que lo permita o lo exija la ley.					
_____			_____		
FECHA			FIRMA DEL SOLICITANTE*		
Si necesita los servicios de un intérprete en su evaluación médica, indique aquí el idioma (incluido lenguaje de señas) que necesitará: _____					
<b>E. * Si el solicitante es menor de 18 años de edad o no puede firmar la solicitud, indique el nombre y teléfono de uno de los padres, del tutor, cónyuge o contacto e incluya una copia de los documentos de custodia o de representación legal.</b>					
_____		_____		_____	
Nombre		Teléfono		Relación	

NOTA:

Además de solicitarle a su médico personal que complete el formulario, también debe certificar su discapacidad con un médico de la ciudad designado por el Departamento de Salud e Higiene Mental (Department of Health and Mental Hygiene, DOHMH) de la ciudad de Nueva York.

# PÁGINA DE HISTORIAL MÉDICO

## F. HISTORIAL MÉDICO Y CONDICIÓN de

Nombre

Fecha de nacimiento

(SU MÉDICO PERSONAL DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN):

Indique la naturaleza y duración de la discapacidad. Presente todos los diagnósticos y **describa detalladamente la condición que afecta la capacidad motriz. (ESCRIBA CON LETRA CLARA)**

Explique el grado de intensidad de la condición que afecta la capacidad de caminar:

Fecha de la última evaluación:

¿La discapacidad es permanente? Sí  No

Según su criterio ¿esta persona tiene una discapacidad que la *obliga* a usar un automóvil privado para transportarse? Sí  No

**Por favor, entréguele a su paciente toda la documentación médica pertinente [SOLO INFORMES, NO SE ACEPTAN CD NI MATERIAL EN PELÍCULA] (p. ej., X-Ray/CT/MRI Reports, EKG/Stress Test results, Surgical Summaries, etc) para que la presente con esta solicitud y la revise el médico designado por la Ciudad para certificar la discapacidad motriz del solicitante. Se realizará una revisión de la solicitud y de la documentación pertinente y, de ser necesario, se programará una evaluación en persona. Si la evaluación en persona no se considera necesaria, el médico designado por la Ciudad tomará una decisión basada en su estudio de la solicitud y de la documentación de apoyo. Es importante que complete la información en esta página de forma precisa y detallada.**

Certificación del médico personal del solicitante:

**Afirmo que he examinado personalmente al solicitante mencionado arriba y que la información presentada en esta solicitud sobre la discapacidad de esta persona es correcta.** Al firmar abajo, usted certifica que la información que está presentando es correcta y completa; cualquier declaración falsa o información errónea deliberada será castigada y multada por la ley, de conformidad con la sección 210.45 de la Ley Penal del Estado de Nueva York (NYS Penal Law). Asimismo, las declaraciones falsas que se presenten en su nombre se informarán a la Oficina de Conducta Profesional Médica del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYS Department of Health Office of Professional Medical Conduct).

FIRMA DEL MÉDICO

NOMBRE DEL MÉDICO (LETRA DE IMPRENTA)

N.º DE LICENCIA PROFESIONAL DE NYS

FECHA

DIRECCIÓN

TELÉFONO

Lista: para asegurar que su solicitud esté completa. Lea todas las instrucciones de la solicitud de la ciudad y la página de historial médico.

**Para todos los solicitantes: Si falta alguna parte de la información que se indicó, su solicitud se le devolverá por correo postal:**

1. ¿Adjuntó una copia de su licencia de conducir (del solicitante) o tarjeta de identificación de no conductor?
2. ¿Adjuntó una copia de los registros de todos los vehículos que aparecerán en el permiso de la ciudad en caso de que se apruebe?  
(Nota: Vehículos arrendados: presente una copia del contrato de arrendamiento (“Lease”); vehículos de empresas: el solicitante y la empresa deben presentar una declaración jurada ante notario en papel membretado de la empresa en la cual se indique que el vehículo es para uso exclusivo del solicitante)
3. Si la dirección que aparece en la licencia de conducir y la de la solicitud son diferentes, o si cambió de dirección, incluya copias de dos facturas de servicios públicos como constancia de residencia (véase abajo).
4. ¿En el formulario médico, escribió su nombre (del solicitante) en letra de imprenta? (Si corresponde).
5. ¿Su médico llenó **completamente** (y de forma legible) su información médica? Adjunte todos los documentos médicos pertinentes [SOLO INFORMES, NO SE ACEPTAN CD NI MATERIAL EN PELÍCULA] (p. ej., X-Ray/CT/MRI Reports, EKG/Stress Test results, Surgical Summaries, etc).
6. ¿Llenó **completamente** el formulario de nueva solicitud o de renovación?

***Facturas actuales de servicios públicos: Estado de cuentas mensuales de teléfono, celular, electricidad, gas, agua, cable, banco, tarjeta de crédito o hipotecas.***

**Si el solicitante es menor de edad los padres pueden presentar dos de las facturas de servicios públicos indicadas arriba o una carta de la escuela del niño que incluya la dirección de la casa.**