

طبی تصدیق کا فارم – عرضی دہندہ کی تجدید

لائسنس کی تجدید کرنے والے سبھی فارم-ہائیر ڈرائیور درخواست دہندگان کو لازمی طور پر طبی معائنے کے بعد لائسنس یافتہ ڈاکٹر کے ذریعہ اس فارم کو مکمل کروانا چاہئے۔ کوئی اور فارم قبول نہیں کیا جائے گا۔

معائنہ کب کروانا ہے: آپ کے طبی معائنے کی تاریخ، آپ کے ذریعہ اپنی TLC کی تجدید کی درخواست جمع کرنے سے قبل کے 90 دنوں سے زیادہ کی نہیں ہوسکتی۔

اس فارم کو کیسے جمع کریں: آپ کے لیے اس مکمل شدہ فارم کو TLC کے پاس آن لائن TLC درخواست کے ساتھ منسلک کر کے جمع کروانا ضروری ہے۔ اگر آپ نے پہلے ہی اپنی آن لائن درخواست جمع کروادی ہے، تو آپ اس فارم کو renewdrivermr@tlc.nyc.gov پر ای میل یا:

NYC TLC Licensing and Standards Division, Attention: Driver Renewals
31-00 47th Avenue, 3rd Floor Long Island City, NY 11101

اس فارم کو کب جمع کرنا ہے: اگر آپ نے اس فارم کو اپنے لائسنس کی میعاد ختم ہونے سے پہلے TLC کے پاس جمع نہیں کیا ہے، تو آپ کے لائسنس کی تجدید مسترد کردی جائے گی۔

اگر آپ کے کوئی سوالات ہوں تو، براہ کرم 718-391-5501 پر کال کریں یا ذیل پر TLC کی ویب سائٹ ملاحظہ کریں: www.nyc.gov/tlc

FOR LICENSED PHYSICIAN'S USE ONLY:

I certify that I have examined _____,
(name of applicant)

the applicant for a NYC Taxi & Limousine Commission Driver's License Renewal bearing license

number _____, on _____.
(TLC License #) (date of exam)

Based on this examination, it is my opinion that s/he:

- is medically fit to safely operate a TLC licensed vehicle.
 is not medically fit to safely operate a TLC licensed vehicle.

Medically fit means that the applicant is of sound physical condition with good eyesight and no epilepsy, vertigo, heart trouble or any other infirmity of body or mind to the extent that it would render the applicant unfit for the safe operation of a licensed vehicle at all times of the day.

Physician's Last Name, First Name

Physician's Signature

Number & Street (Mailing Address)

Physician's License #

City, State & Zip Code

State in which Physician is licensed

(_____) _____ - _____
Phone Number

THIS FORM MUST BE VALIDATED WITH AN OFFICIAL STAMP BY PHYSICIAN.

DRIVER RENEWAL APPLICATION - Medical Form 5.11.16-Urdu