



**Instrukcje i wniosek  
Specjalne pozwolenie na parkowanie pojazdów na terenie miasta Nowy Jork  
{inaczej Pozwolenie na parkowanie w miejscach wyznaczonych dla osób  
z niepełnosprawnością w Nowym Jorku (New York City Parking Permit for  
People with Disabilities, NYC PPPD)}**

Aby lepiej służyć swoim wnioskodawcom, Biuro Zezwoleń Parkingowych dla Osób z Niepełnosprawnością (Parking Permits for People with Disabilities, PPPD) Wydziału Transportu miasta Nowy Jork (New York City Department of Transportation, NYC DOT) przygotowało listę często zadawanych pytań, które mogą pomóc nowym wnioskodawcom w procesie składania wniosków.

**Skąd mam wiedzieć, czy kwalifikuję się do otrzymania pozwolenia na parkowanie w miejscach wyznaczonych dla osób z niepełnosprawnością w Nowym Jorku (NYC PPPD)?**

Aplikować mogą zarówno mieszkańcy, jak i osoby, które nie mieszkają w Nowym Jorku. Aby się kwalifikować, trzeba:

- Spełniać wymóg korzystania z prywatnego pojazdu w celach transportowych.
- Cierpieć na trwałą niepełnosprawność, która poważnie upośledza mobilność.

**Jaką dokumentację muszę dostarczyć wraz z wnioskiem o NYC PPPD?**

Wraz z wypełnionym wnioskiem należy dostarczyć następujące dokumenty:

- Kopię aktualnego dowodu rejestracyjnego pojazdu osobowego dla każdego numeru rejestracyjnego wymienionego we wniosku. Zdjęcie naklejki rejestracyjnej NIE będzie akceptowane. **Informujemy, że na pozwoleniu NYC PPPD nie mogą znajdować się numery rejestracyjne pojazdu komercyjnego, pojazdu dealera ani pojazdu z wypożyczalni.**
- Stanowe prawo jazdy, dokument tożsamości osoby niebędącej kierowcą lub nowojorska miejska karta identyfikacyjna (NYC Municipal ID, IDNYC). Należy się upewnić, że imię i nazwisko oraz adres we wniosku pasują do imienia i nazwiska oraz adresu na dokumencie tożsamości.
- **Dokumentację medyczną potwierdzającą niepełnosprawność (z datą przypadającą w ciągu jednego roku kalendarzowego od wniosku)** od lekarza medycyny (Medical Doctor, M.D.), lekarza osteopaty (Doctor of Osteopathy, D.O.) oraz potwierdzoną przez lekarza wskazanego przez Wydział Zdrowia i Higieny Psychiczej (Department of Health and Mental Hygiene, DOHMH) miasta Nowy Jork. **Informujemy, że lekarze podiatry (Doctor of Podiatric Medicine, D.P.M.) nie mogą potwierdzić wniosku ani przesłać dokumentacji. Ponadto należy pamiętać o następujących ustaleniach:**
  - Dokumentacja medyczna musi obejmować testy/raporty diagnostyczne oraz czytelne notatki z badania lekarskiego. Nie należy wysyłać płyt kompaktowych (compact discs, CD) ani zdjęć rentgenowskich.
  - Notatki z badania lekarskiego muszą dokumentować stopień upośledzenia mobilności (zdolność chodzenia).
  - Listy kierowane do „Wszystkich zainteresowanych stron” lub zaczynające się od zwrotu „Szanowny Panie Doktorze / Szanowna Pani Doktor”, wydane przez lekarza i stwierdzające niepełnosprawność wnioskodawcy, NIE będą akceptowane.
- **W przypadku pytań dotyczących wymogów związanych z dokumentacją medyczną przed złożeniem wniosku należy skontaktować się z Działem Certyfikacji Medycznej (Medical Certification Unit) Wydziału Zdrowia i Higieny Psychiczej NYC pod numerem 347-396-6552.**

**Jakiego rodzaju informacje dotyczące pojazdu są wymagane?**

Wnioskodawcy są zobowiązani do przedstawienia kopii bieżącej i ważnej rejestracji pojazdu pasażerskiego w odniesieniu do wszystkich tablic rejestracyjnych, które zostaną zarejestrowane w pozwoleniu

(maksymalnie trzy tablice). **Nie należy przysyłać zdjęć naklejek na szybach pojazdu. NYC DOT nie zatwierdzi żadnych numerów rejestracyjnych z zaległymi postępowaniami mandatowymi na rzecz Wydziału Finansów (Department of Finance, DOF) miasta Nowy Jork.** W celu uzyskania dodatkowych informacji na temat zaległych postępowań mandatowych należy odwiedzić stronę internetową DOF pod adresem [nyc.gov/DOF](http://nyc.gov/DOF). *W przypadku chęci zarejestrowania pojazdu w leasingu należy załączyć kopię umowy leasingowej tego pojazdu.*

### **Jak należy przesłać wniosek?**

- Należy sprawdzić i podpisać wniosek.
- Należy dołączyć wszystkie informacje wymagane w formularzu wniosku, w tym uzupełniającą dokumentację medyczną, i wysłać formularz na adres:

**New York City Department of Transportation**  
**Permits and Customer Service**  
30-30 Thomson Avenue, 2<sup>nd</sup> Floor  
Long Island City, NY 11101-3045

*Uwaga: Wniosek może również złożyć w imieniu wnioskodawcy małżonek(-ka) lub partner(ka), zgodnie z definicją Kodeksu administracyjnego (Administrative Code) miasta Nowy Jork, paragraf 1-112(21), rodzic, opiekun lub inna osoba odpowiedzialna prawnie za zarządzanie codziennymi sprawami takiej osoby. Imię i nazwisko podane we wniosku musi być dokładnie takie samo, jak w dokumencie tożsamości. Niepełne wnioski będą zwracane.*

### **Co się stanie, gdy mój wniosek zostanie dostarczony?**

- Biuro PPPD zapozna się z dokumentacją w celu sprawdzenia, czy wniosek jest kompletny. Jeśli wniosek zostanie uznany za niekompletny, zostanie zwrócony wraz z pismem wskazującym wymagane brakujące informacje.
- Biuro PPPD prześle wypełniony wniosek do Działu Certyfikacji Medycznej DOHMH w celu sprawdzenia. Wyznaczony przez DOHMH lekarz rozpatrzy wniosek i pomocnicze dokumenty medyczne. Decyzja zostanie podjęta na podstawie przekazanych przez Państwa informacji potwierdzających poważne upośledzenie mobilności, zgodnie z definicją zawartą w sekcji 16-02 tytułu 24 przepisów miasta Nowy Jork (Section 16-02 of Title 24 of the Rules of the City of New York).
- Jeśli DOHMH zatwierdzi wniosek, Biuro PPPD wyda pozwolenie.
- Jeśli DOHMH odrzuci wniosek, zostanie do Państwa wysłane pismo zawierające szczegółowe informacje na temat procesu odwoławczego.
- Cały proces rozpatrywania wniosku może zająć ponad 90 dni roboczych.

Wszystkie informacje przesłane wraz z wnioskiem będą traktowane jako poufne. Ponadto wszelka późniejsza dokumentacja medyczna przesłana do DOHMH pozostanie poufna. Przekazane informacje będą udostępniane wyłącznie osobom zaangażowanym w proces certyfikacji i/lub wydawania pozwoleń, w zakresie dozwolonym lub wymaganym przez prawo.

W przypadku pytań dotyczących tego wniosku można skontaktować się telefonicznie z działem obsługi klienta pod numerem 718-433-3100. Usługa telefonu tekstowego (TTY) jest dostępna pod numerem 212-504-4115.

Cenimy sobie możliwość obsługi Państwa i dziękujemy za współpracę.

*Mieszkańcy Nowego Jorku mogą uzyskać formularz rejestracji wyborców (Voter Registration Form) online na stronie [vote.nyc.ny.us](http://vote.nyc.ny.us) lub dzwoniąc do Komisji wyborczej (Board of Elections): 212-868-3692, infolinia: 866-VOTE-NYC. Usługi administracji publicznej nie są uzależnione od posiadania prawa do głosowania.*



Wydział Transportu miasta Nowy Jork

**SPECJALNE POZWOLENIE NA PARKOWANIE POJAZDÓW NA TERENIE  
MIASTA NOWY JORK**

POZWOLENIE NA PARKOWANIE W MIEJSCACH WYZNACZONYCH DLA OSÓB  
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ (PPPD)

Wniosek o pozwolenie na parkowanie w miejscach wyznaczonych dla osób  
z niepełnosprawnością na terenie **MIASTA**

**DOKUMENT TOŻSAMOŚCI: Należy dołączyć kopię wydanego przez stan prawa jazdy lub dokumentu tożsamości osoby niebędącej kierowcą lub nowojorskiej miejskiej karty identyfikacyjnej (IDNYC)**

|  |               |                                       |                      |   |                            |
|--|---------------|---------------------------------------|----------------------|---|----------------------------|
| A. HISTORIA OSOBISTA<br>WNIOSKODAWCY*  |               | NR DOKUMENTU<br>TOŻSAMOŚCI            |                      | ZAKREŚLIĆ JEDNĄ OPCJĘ, wskazać<br>stan, o ile to konieczne:                                     |                            |
| * osoba z niepełnosprawnością  |               |                                       |                      | Prawo jazdy stanu _____<br>Dokument tożsamości osoby niebędącej<br>kierowcą stanu _____<br>DNYC |                            |
| Nazwisko   | Imię          | Inicjał drugiego imienia              |                      | Numer ubezpieczenia społecznego<br>(Wymagane są tylko 4 ostatnie cyfry)                         |                            |
| Adres zamieszkania: Ulica, nr domu i nr lokalu   |               | Płeć (zaznaczyć kółkiem):<br>M      K |                      | Wzrost (w stopach<br>i calach):   | Masa ciała (w<br>funtach): |
| Miejscowość  | Stan          | Kod pocztowy                          | Nr telefonu domowego | Tel. komórkowy  |                            |
| Data urodzenia   | Adres e-mail: |                                       |                      |   |                            |
| <b>B. NUMERY REJESTRACYJNE: Należy przedstawić kopię aktualnego dowodu rejestracyjnego pojazdu pasażerskiego dla każdego z wymienionych numerów rejestracyjnych. Przesłane dowody rejestracyjne pojazdów pasażerskich zostaną sprawdzone pod kątem wykroczeń parkingowych w Nowym Jorku. Numery rejestracyjne powiązane z zaległymi postępowaniami mandatowymi nie zostaną wydrukowane na pozwoleniu. W przypadku każdego pozwolenia dozwolone są tylko trzy numery rejestracyjne.</b>   |               |                                       |                      |   |                            |
| 1.   |               | 2.                                    |                      | 3.  |                            |
| <b>C. OŚWIADCZENIE</b><br>Oświadczam pod groźbą kary przewidzianej przez § 210.45 prawa karnego miasta Nowy Jork (New York Penal Law § 210.45), że oświadczenia zawarte w niniejszym wniosku są zgodnie ze stanem mojej wiedzy oraz przekonaniem, prawdziwe i poprawne oraz że świadomie i rozmyślnie nie składam fałszywych oświadczeń ani nie udzielam informacji, które są fałszywe. Rozumiem, że wszelkie udzielone we wniosku informacje będą udostępniane wyłącznie osobom zaangażowanym w proces wydawania pozwoleń, w zakresie dozwolonym lub wymaganym prawnie.     |               |                                       |                      |   |                            |
| DATA   |               | PODPIS WNIOSKODAWCY*(tylko)           |                      |   |                            |
| <b>UWAGA:</b> jeśli dokument tożsamości wydany przez stan wskazuje „Brak możliwości złożenia podpisu”, należy zostawić pole powyżej napisu „Podpis wnioskodawcy” puste i wypełnić punkt D poniżej.   |               |                                       |                      |   |                            |
| <b>D. WYZNACZONA OSOBA – Jeżeli zastosowanie ma którekolwiek z poniższych stwierdzeń, podpis musi złożyć wyznaczona osoba.</b><br><b>Jeśli wnioskodawca nie ukończył 18. roku życia, należy podać imię i nazwisko oraz numer telefonu rodzica, opiekuna lub innej osoby odpowiedzialnej prawnie za zarządzanie codziennymi sprawami wnioskodawcy.</b><br><b>Jeśli wnioskodawca skończył 18 lat i nie może podpisać wniosku, należy podać numer telefonu małżonka, partnera, opiekuna lub osoby odpowiedzialnej prawnie za zarządzanie codziennymi sprawami wnioskodawcy.</b> |               |                                       |                      |   |                            |
| IMIĘ I NAZWISKO  |               | TELEFON                               |                      | RELACJA   |                            |
| PODPIS WYZNACZONEJ OSOBY   |               |                                       |                      |   |                            |

# STRONA WYWIADU MEDYCZNEGO

**UWAGA: WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE LEKARZ OSOBISTY (M.D. lub D.O.)**

**WYWIAD MEDYCZNY I STAN ZDROWIA dla:**  
**Imię i nazwisko wnioskodawcy** (zgodne z imieniem i nazwiskiem na wydany przez stan prawo jazdy lub dokumencie tożsamości osoby niebędącej kierowcą lub IDNYC):

*Imię i nazwisko wnioskodawcy zgodne z imieniem i nazwiskiem w dokumentacji medycznej (jeżeli jest inne):*

**Data urodzenia wnioskodawcy** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Imię i nazwisko wnioskodawcy**

Wyznaczony przez DOHMH lekarz rozpatrzy wniosek i pomocnicze dokumenty medyczne. Decyzja zostanie podjęta na podstawie przekazanych przez Państwa informacji potwierdzających poważne upośledzenie mobilności, zgodnie z definicją zawartą w sekcji 16-02 tytułu 24 przepisów miasta Nowy Jork. **Schorzenia lub upośledzenia (wybrać co najmniej jedno):**

- Całkowita monoplegia lub paraplegia kończyn dolnych.**
- Amputacja kończyn dolnych powyżej kostki**, według uznania lekarza przeprowadzającego badanie. Dobrze dopasowana proteza poniżej kolana z normalnym chodem ambulatoryjnym nie powinna być rutynowo uznawana za upośledzającą mobilność.
- Zapalenie dwóch głównych stawów podporowych kończyn dolnych** z wyraźnymi zmianami w obrazie RTG i/lub MRI, takimi jak utrata przestrzeni stawowej, poważne zmiany zwyrodnieniowe oraz co najmniej jeden z poniższych objawów:
  - (1) Obiektywne stwierdzenie znacznego wysięku w stawie(-ach) wykryte w badaniu klinicznym;
  - (2) Duża niestabilność lub deformacje koślawe/szpotałe stawu(-ów) wykryte w badaniu klinicznym;
  - (3) Zesztywnienie lub przykurcz głównego(-ych) stawu(-ów) w stopniu uniemożliwiającym wchodzenie po schodach.Wymiana stawu nie kwalifikuje się sama w sobie, chyba że towarzyszy jej co najmniej jedno z powyższych kryteriów.
- Poważny zanik mięśni jednej lub obu kończyn dolnych** (lub różnica w długości nóg większa niż trzy cale), który wyraźnie i poważnie upośledza mobilność.
- Nieprawidłowości kręgosłupa znacznego stopnia** z jednoznacznym zaangażowaniem ruchowym nienadające się do usztywnienia lub operacji, które poważnie i trwale upośledzają mobilność. Dowody rentgenowskie potwierdzające zapalenie stawów kręgosłupa z bólem lub bez są niewystarczającym powodem do zatwierdzenia. Wyniki tomografii komputerowej (TK), rezonansu magnetycznego (MRI) i/lub elektromiografii (EMG) muszą być dostępne do wglądu przed podjęciem decyzji.
- Choroby neurologiczne**, takie jak stwardnienie rozsiane, miastenia, miopatie, parkinsonizm i choroba Alzheimera, wpływające na obie kończyny dolne, poważnie upośledzając mobilność. Obiektywna dokumentacja (tj. MRI, EMG, badania przewodnictwa nerwowego itp.) musi zostać przedłożona, w stosownych przypadkach, przez wnioskodawcę.
- Choroby układu krążenia i naczyń obwodowych o znacznym nasileniu** powodujące upośledzenie mobilności. Choroba sercowo-naczyniowa musi spełniać kryteria **AHA** klasy III lub IV; test wysiłkowy, echokardiogram, badanie dopplerowskie, 6-minutowy test chodu lub inne badania diagnostyczne muszą potwierdzać dowody istotnej patologii i/lub niepełnosprawności.
- Choroba płuc** z udokumentowanymi dowodami ciężkiej choroby obturacyjnej lub restrykcyjnej w badaniu czynności płuc. Dowody korzystania z dodatkowego tlenu przez ponad dwanaście godzin dziennie mogą również stanowić akceptowalny dowód upośledzenia.
- Niewydolność nerek wymagająca częstych dializ** z istotnymi obiektywnymi nieprawidłowościami neurologicznymi lub hematologicznymi.
- Nowotwory złośliwe dowolnej kategorii wymagające chemioterapii i/lub radioterapii lub innych interwencji medycznych, które stale i poważnie ograniczają mobilność.**
- Zespół post-polio**, który w badaniu wyraźnie i poważnie upośledza mobilność.
- Choroby związane z AIDS**, w tym neuropatia obwodowa, zespół wyniszczenia, demencja, które wyraźnie upośledzają mobilność w badaniu fizykalnym.
- Choroby psychiczne** skutkujące **niepełnosprawnością intelektualną** w stopniu znacznym udokumentowane odpowiednią oceną psychologiczną, które trwale i poważnie upośledzają mobilność.
- Choroby wrodzone** dowolnego typu, które wyraźnie skutkują trwałym poważnym upośledzeniem mobilności, w tym porażenie mózgowe, rozszczep kręgosłupa i zespół Downa.

**Każda inna** trwała niepełnosprawność, która w szczególnych okolicznościach poważnie ograniczyłaby mobilność wnioskodawcy, w tym między innymi:

- Ślepotą w rozumieniu prawa lub poważne uszkodzenie wzroku zgodnie z definicją stanu Nowy Jork.
- Upośledzenie fizyczne lub psychiczne albo schorzenie niewymienione powyżej, które stwarza taki sam stopień niepełnosprawności i powoduje niezwykle trudności w poruszaniu się oraz uniemożliwia poruszanie się bez większych trudności. (należy opisać)

**Podać aktualną diagnozę medyczną:** \_\_\_\_\_

**Upośledzenie mobilności (wybrać co najmniej jedno):**

- Ograniczona zdolność chodzenia bez pomocy. Wybrać wszystkie odpowiednie opcje.  Laska  Chodzik
  - Wózek inwalidzki  Orteza  Proteza  Skuter  Kule  Inne \_\_\_\_\_
  - Znaczne trudności z chodzeniem z powodu ciężkiej choroby płuc.
  - Niezdolność do przejścia 200 stóp (ok. 60 m) bez zatrzymywania się.
  - Ciężka choroba serca wymagająca pokonywania krótkich dystansów z powodu niewłaściwego funkcjonowania.
- Inne, proszę opisać: \_\_\_\_\_

**WYMAGANE pomocnicze dokumenty medyczne, które należy dołączyć do wniosku:**

- Najnowsze notatki z badań / kart pacjenta z datą przypadającą w ciągu jednego (1) roku kalendarzowego od wniosku.

**Data ostatniego badania -----/-----/ -----Dołączyć notatkę z badania.**

- Raporty z badań diagnostycznych i obrazowania (np. raporty z RTG, raporty z TK, raporty z MRI, raporty z EKG / testu wysiłkowego, raporty z badania czynności płuc, wyniki EMG, sześciominutowy test chodu).

**NIE NALEŻY PRZESYŁAĆ PŁYT CD ani FILMÓW MEDYCZNYCH, ponieważ NIE będą one akceptowane.**

**Data(-y) raportów z badań diagnostycznych -----/ ----- / -----Dołączyć raporty.**

**W przypadku pytań dotyczących wymogów związanych z dokumentacją medyczną przed złożeniem wniosku należy skontaktować się telefonicznie z Działem Certyfikacji Medycznej Wydziału Zdrowia i Higieny Psychiczej NYC pod numerem 347-396-6552.**

Czy Państwa zdaniem niepełnosprawność wnioskodawcy powoduje, że *wymaga* on korzystania z prywatnego pojazdu w celach transportowych?

- Tak
- Nie

**Potwierdzenie stanu wnioskodawcy przez lekarza osobistego:**

**Potwierdzam, że osobiście przeprowadziłem(-am) badanie wymienionego powyżej wnioskodawcy oraz że informacje zamieszczone w niniejszym wniosku dotyczące niepełnosprawności tej osoby są rzetelne.**

**Składając poniżej podpis, potwierdzam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe i kompletne oraz rozumiem, że wszelkie fałszywe pisemne oświadczenia mogą podlegać karze zgodnie z częścią 210.45 prawa karnego stanu Nowy Jork, a także mogą zostać zgłoszone do Biura ds. Profesjonalnego Postępowania Medycznego (Office of Professional Medical Conduct) Wydziału Zdrowia stanu Nowy Jork.**

\_\_\_\_\_  
PODPIS M.D lub D.O.

\_\_\_\_\_  
IMIĘ I NAZWISKO M.D. lub D.O. DRUKOWANYMI LITERAMI

\_\_\_\_\_  
NR LICENCJI ZAWODOWEJ, STAN

\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
ADRES

\_\_\_\_\_  
NUMER TELEFONU



Wydział Transportu miasta Nowy Jork  
**SPECJALNE POZWOLENIE NA PARKOWANIE POJAZDÓW NA  
TERENIE MIASTA NOWY JORK**  
POZWOLENIE NA PARKOWANIE W MIEJSCACH WYZNACZONYCH  
DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ (PPPD)

**LISTA KONTROLNA dla NYC PPPD**

Aby zapewnić wypełnienie wniosku, należy zapoznać się ze wszystkimi instrukcjami na wniosku NYC PPPD i stronie wywiadu medycznego.

**Jeśli poniższe wymagania nie zostaną spełnione, wniosek zostanie odesłany pocztą.**

- Czy dołączyli Państwo kopię dokumentu tożsamości (wydane przez stan prawo jazdy, karta identyfikacyjna osoby niebędącej kierowcą lub miejska karta identyfikacyjna NYC, inaczej IDNYC)? [Zob. **Jaką dokumentację muszą dostarczyć wraz z wnioskiem o NYC PPPD?** na stronie 1 instrukcji]
- Czy dołączyli Państwo kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu pasażerskiego dla każdego z numerów rejestracyjnych, które pojawiają się w NYC PPPD? Czy wszystkie są aktualne (tj. nie wygasły)? [Zob. **Jakiego rodzaju informacje dotyczące pojazdu są wymagane?** na stronie 1 instrukcji]
- Czy upewnili się Państwo, że imię i nazwisko oraz adres na wniosku są zgodne z imieniem i nazwiskiem oraz adresem na dokumencie tożsamości?
- Czy imię i nazwisko na pomocniczej dokumentacji medycznej są zgodne z imieniem i nazwiskiem wymienionymi na stronie wywiadu medycznego? [Zob. **Wywiad medyczny, strona 4**]
- Czy lekarz całkowicie wypełnił sekcję informacji medycznych, włączając podpis i datę na stronie wywiadu medycznego? [Zob. **Wywiad medyczny, strona 5**]
- Czy dołączono całą pomocniczą dokumentację medyczną (tj. notatki z badań / kart pacjenta, raporty z RTG / TK / EKG / testu wysiłkowego, konsultacji itp.)? Czy wszystkie dokumenty są oznaczone datą przypadającą w ciągu jednego roku kalendarzowego od daty wniosku?**
- Czy wypełniono cały wniosek? Czy podpisali Państwo wniosek i opatrzli go datą?