Departamento de Transporte (Department of Transportation)

Instrucciones y Solicitud
Permiso de estacionamiento especial con identificación de la Ciudad de Nueva York (también conocido como Permiso de estacionamiento para personas con discapacidades de la Ciudad de Nueva York [NYC PPPD])

Para prestar un mejor servicio a nuestros solicitantes, la Unidad de Permisos de Estacionamiento para Personas con Discapacidades (Parking Permits for People with Disabilities, PPPD) del Departamento de Transporte de la Ciudad de Nueva York (New York City Department of Transportation, NYC DOT) creó una lista de preguntas frecuentes que puede ayudar a guiar a los nuevos solicitantes durante el proceso de solicitud.

¿Cómo sé si soy elegible para obtener un Permiso de estacionamiento para personas con discapacidades de la Ciudad de Nueva York (NYC PPPD)?
Los residentes y no residentes de la ciudad de Nueva York pueden presentar la solicitud. Para ser elegible, usted:

- Requiere el uso de un vehículo privado para el transporte.
- Tiene una discapacidad permanente que impide gravemente su movilidad.

¿Qué documentación debo presentar para solicitar un permiso PPPD de NYC?
Debe presentar los siguientes documentos junto con una solicitud completa:

- Una copia de la tarjeta de registro vigente del vehículo de pasajeros por cada matrícula que aparece en la solicitud. NO se aceptará una foto del sticker de registro. ***Tenga en cuenta que las placas de vehículos comerciales, las placas de distribuidor o las placas de vehículos de alquiler no pueden incluirse en este permiso.***

- Una licencia de conducir expedida por el estado, una tarjeta de identificación de no conductor o una identificación municipal de NYC (IDNYC). Asegúrese de que el nombre y la dirección en la solicitud coincidan con el nombre y la dirección que aparecen en el documento de identificación.

- **Documentación médica** de respaldo **(con fecha de no más de un año calendario antes de la solicitud)** emitida por un doctor en medicina (MD) o un médico osteópata (DO) y certificada por un médico designado por el Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York (New York City Department of Health and Mental Hygiene, DOHMH). *Tenga en cuenta que un médico en medicina podiátrica (DPM) no puede certificar la solicitud ni presentar documentación. Además, tenga en cuenta lo siguiente:*

    - La documentación médica debe incluir pruebas e informes de diagnóstico, además de las notas legibles del examen del médico. No envíe discos compactos (CD) ni radiografías.
    - Las notas del examen médico deben documentar la gravedad de su impedimento de movilidad (capacidad de caminar).
    - No se aceptarán cartas del tipo “A quien corresponda” o “Estimado doctor” emitidas por un médico que digan que el solicitante tiene una discapacidad.

- **Si tiene preguntas sobre los requisitos de documentación médica, comuníquese con la Unidad de Certificación Médica del Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York al 347-396-6552 antes de enviar su solicitud.**

¿Qué tipo de información sobre el vehículo es necesaria?
Los solicitantes deben presentar una copia actual y válida del registro del vehículo de pasajeros por cada matrícula que se incluya en el permiso (un máximo de tres placas). **No envíe fotos del sticker que está en el parabrisas del vehículo. El Departamento de Transporte de la Ciudad de Nueva York no aceptará ningún número de matrícula que tenga una infracción de estacionamiento pendiente con el Departamento de Finanzas (Department of Finance, DOF) de la Ciudad de Nueva York**. Para obtener más información sobre los juicios por incomparecencia con respecto a las infracciones de las normas de estacionamiento, visite el sitio web del DOF en nyc.gov/DOF. *Tenga en cuenta que, si planea registrar un vehículo alquilado, debe adjuntar una copia del contrato de alquiler de ese vehículo.*

¿Cómo debo presentar mi solicitud?

- Revise y firme esta solicitud.
- Adjunte toda la información que se pide en el formulario de solicitud, incluyendo la documentación médica de respaldo y envíelo por correo a:

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

Tenga en cuenta: Un cónyuge, pareja de hecho [según el Código Administrativo de NYC 1-112(21)], padre, tutor u otra persona legalmente responsable de la administración de los asuntos diarios de dicha persona puede enviar la solicitud en su nombre. El nombre que está en la solicitud debe coincidir exactamente con el que aparece en el documento de identificación. Las solicitudes incompletas se devolverán.

¿Qué sucederá después de que se reciba mi solicitud?

- La Unidad de PPPD revisará toda la documentación para asegurarse de que su solicitud esté completa. Si se considera que la solicitud está incompleta, se le devolverá con una carta en la que se describe la información necesaria que falta.
- La Unidad de PPPD enviará su solicitud completa a la Unidad de Certificación Médica del DOHMH para su revisión. Un médico designado por el DOHMH revisará su solicitud y los documentos médicos de respaldo. La decisión se basará en la información que presentó que respalda una discapacidad grave de la movilidad, según se define en la sección 16-02 del Título 24 de las Normas de la Ciudad de Nueva York.
- Si el DOHMH aprueba su solicitud, la Unidad de PPPD emitirá un permiso.
- Si la deniegan, se le enviará una carta por correo explicando el proceso de apelación.
- El proceso completo de solicitud podría tomar hasta 90 días hábiles.

Toda la información presentada junto con la solicitud se mantendrá confidencial. Además, cualquier documentación médica posterior que se envíe al DOHMH permanecerá confidencial. La información presentada solo se compartirá con las personas que participen en el proceso de certificación o del permiso, en la medida en que lo permita o exija la ley.

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, puede llamar a Servicio al Cliente al: 718-433-3100. Para el servicio de teletipo (TTY), llame al 212-504-4115.

Valoramos la oportunidad de prestarle un servicio y le agradecemos su cooperación.

Los residentes de Nueva York pueden obtener un Formulario de registro para votantes en línea en vote.nyc.ny.us o llame a la Junta Electoral: 212-868-3692, línea rotativa: 866-VOTE-NYC. Registrarse como votante no constituye una condición para recibir servicios gubernamentales.

Departamento de Transporte de la Ciudad de Nueva York

PERMISO DE ESTACIONAMIENTO ESPECIAL CON IDENTIFICACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK

PERMISOS DE ESTACIONAMIENTO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES (PPPD)

Solicitud para un Permiso de Estacionamiento por Discapacidad de la **CIUDAD**

DOCUMENTACIÓN DE IDENTIFICACIÓN: Adjunte una copia de su licencia de conducir emitida por el estado, tarjeta de identificación de no conductor o identificación municipal de la Ciudad de Nueva York (IDNYC)

A. HISTORIA PERSONAL DEL SOLICITANTE* ***la persona con discapacidad**	**N.° DE DOCUMENTACIÓN DE IDENTIFICACIÓN** _____	**ENCIERRE UNO EN UN CÍRCULO, indique el Estado si es necesario:** Estado de la licencia de conducir _____ Estado de la identificación de no conductor _____ IDNYC

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	N.° de Seguro Social (Solo se necesitan los 4 últimos dígitos)	
Domicilio: Calle y n.° de Departamento		Sexo (encierre en un círculo): M F	Estatura (en pies y pulgadas):	Peso (en libras):
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono de casa	Celular
Fecha de nacimiento	Dirección de correo electrónico:			

B. MATRÍCULAS: Debe presentar una copia actual del registro del vehículo de pasajeros por cada número de matrícula registrada. Tenga en cuenta que se revisarán los registros de los vehículos de pasajeros enviados para detectar infracciones de estacionamiento en la Ciudad de Nueva York. Las matrículas con sentencias por infracciones de estacionamiento pendientes no se imprimirán en su permiso. Solo se pueden incluir tres matrículas por cada permiso.

1.	2.	3.

C. DECLARACIÓN

Declaro, bajo pena de falso testimonio según la sección 210.45 de la Ley Penal de Nueva York (New York Penal Law), que las declaraciones aquí contenidas son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender, y que no hice ninguna declaración falsa ni presenté información que yo sepa que es falsa deliberada e intencionalmente. Comprendo que la información presentada aquí se compartirá solo con las personas que participan en el proceso de expedición del permiso, en la medida en que lo permita o exija la ley.

FECHA _____ FIRMA DEL SOLICITANTE* **(solo)** _____

NOTA: Si su identificación emitida por el estado indica "No puede firmar", deje en blanco el campo de arriba "Firma del solicitante" y complete la Sección D abajo.

D. PERSONA DESIGNADA – Si se aplica alguna de las declaraciones de abajo, la persona designada debe firmar. Si el solicitante es menor de 18 años, dé el nombre y el número de teléfono del padre/madre, tutor u otra persona legalmente responsable de la administración de los asuntos diarios del solicitante.

Si el solicitante es mayor de 18 años y no puede firmar la solicitud, dé el número de teléfono del cónyuge, pareja de hecho, tutor u otra persona legalmente responsable de la administración de los asuntos diarios del solicitante.

NOMBRE _____ TELÉFONO _____ RELACIÓN _____

FIRMA DE LA PERSONA DESIGNADA _____

New York City Department of Transportation
Permits and Customer Service
30-30 Thomson Avenue, 2nd Floor
Long Island City, NY 11101-3045
718-433-3100, TTY 212-504-4115
nyc.gov/pppdinfo

PÁGINA DE HISTORIA MÉDICA

NOTA: PARA QUE LO COMPLETE EL MÉDICO PERSONAL (MD o DO)

HISTORIA MÉDICA Y ESTADO de:
Nombre del solicitante (como se menciona en la licencia de conducir emitida por el estado o la tarjeta de identificación de no conductor; o IDNYC):

_____
Nombre del solicitante

Nombre del solicitante como aparece en los expedientes médicos (si es diferente):

_____

Fecha de nacimiento del solicitante _____-_____-_____

Un médico designado por el DOHMH revisará su solicitud y los documentos médicos de respaldo. La decisión se basará en la información que presentó que respalda una discapacidad grave de la movilidad, según se define en la sección 16-02 del Título 24 de las Normas de la Ciudad de Nueva York. **Condiciones o impedimentos (seleccione al menos uno):**

☐ **Monoplejia o paraplejia completa de extremidades inferiores.**

☐ **Amputación de miembros inferiores por encima del tobillo**, a criterio del médico examinador. Una prótesis bien adaptada por debajo de la rodilla con una marcha ambulatoria normal no debe considerarse rutinariamente como una discapacidad de movilidad.

☐ **Artritis de dos articulaciones principales que soportan el peso de las extremidades inferiores** con cambios evidentes en las radiografías o en la resonancia magnética, como pérdida del espacio articular, cambios degenerativos graves más uno o más de los siguientes:

(1) Hallazgo objetivo de derrame considerable en una o más articulaciones detectado mediante examen clínico
(2) Inestabilidad grave o deformidades en valgo/varo de las articulaciones detectadas mediante examen clínico
(3) Anquilosis o contractura de una o más articulaciones principales hasta el grado de impedir subir escaleras.

El reemplazo de una articulación no califica por sí solo, a menos que esté acompañado por uno o más de los criterios mencionados anteriormente.

☐ **Atrofia grave de una o ambas extremidades inferiores** (o discrepancia en la longitud de las piernas mayor a tres pulgadas) que afecta clara y gravemente la movilidad.

☐ **Anomalías graves de la columna vertebral** con alteración motriz inequívoca que no se pueden tratar con férulas ni cirugía y que podrían perjudicar grave y permanentemente la movilidad. La evidencia radiográfica de artritis de la columna, con o sin dolor, no es motivo suficiente para la aprobación. Los resultados de la tomografía computarizada, resonancia magnética o EMG deben estar disponibles para su revisión antes de tomar una decisión.

☐ **Condiciones neurológicas**, como esclerosis múltiple, miastenia gravis, miopatías, parkinsonismo y enfermedad de Alzheimer, que afectan ambas extremidades inferiores y perjudican gravemente la movilidad. El solicitante deberá presentar la documentación objetiva (pl. ej., MRI, EMG, estudios de conducción nerviosa, etc.) cuando corresponda.

☐ **Enfermedad cardiovascular y vascular periférica de grado grave** que produce alteración de la movilidad. La enfermedad cardiovascular debe cumplir los criterios de clase III o IV **de la AHA**; la prueba de esfuerzo, el ecocardiograma, el Doppler, la prueba de caminata de 6 minutos u otros estudios de diagnóstico deben respaldar evidencia de patología o discapacidad significativa.

☐ **Enfermedad pulmonar con** evidencia documentada de enfermedad obstructiva o restrictiva grave en las pruebas de función pulmonar. El uso de oxígeno suplementario por más de doce horas por día también puede ser evidencia aceptable de la discapacidad.

☐ **Insuficiencia renal que requiere diálisis renal frecuente** con hallazgos objetivos significativos de anomalías neurales o hemáticas.

☐ **Neoplasias de cualquier categoría que requieran quimioterapia o radioterapia u otras intervenciones médicas que afecten de manera continua y grave la movilidad.**

☐ **Síndrome post-polio** que en el examen físico altera clara y gravemente la movilidad.

☐ **Condiciones relacionadas con el SIDA**, incluyendo neuropatía periférica, síndrome de desgaste y demencia, que afectan gravemente la movilidad en el examen físico.

☐ **Condiciones mentales** que resulten en una **discapacidad intelectual** de naturaleza grave documentada mediante una evaluación psicológica apropiada, que afectan de manera permanente y grave la movilidad.

☐ **Enfermedades congénitas** de cualquier tipo que produzcan claramente un deterioro grave y permanente de la movilidad, incluyendo parálisis cerebral, espina bífida y síndrome de Down.

☐ **Cualquier otra** discapacidad permanente que, en circunstancias específicas, pueda afectar gravemente la movilidad del solicitante, incluyendo, entre otras:

☐ Legalmente ciego o con discapacidad visual grave según la definición del estado de Nueva York.

☐ Tiene una discapacidad o condición física o mental no mencionada arriba, que constituya un grado igual de discapacidad, y que imponga una dificultad inusual para caminar, impidiendo que la persona se desplace sin gran

dificultad. (Describa)

Indique el diagnóstico médico actual:_____

_____

Discapacidades de movilidad (seleccione al menos una):

☐ Capacidad limitada para caminar sin ayuda. Seleccione todas las opciones que correspondan. ☐ Bastón ☐ Andador
☐ Silla de ruedas ☐ Férula ☐ Prótesis ☐ Scooter ☐ Muletas ☐ Otros_____
☐ Dificultad significativa para caminar por una enfermedad pulmonar grave.
☐ Incapacidad para caminar 200 pies sin detenerse.
☐ Enfermedad cardíaca grave que requiere distancias cortas por un funcionamiento inadecuado.
Otros, describa: _____

Documentos médicos de respaldo REQUERIDOS que se deben incluir/adjuntar con su solicitud:

☐ Las notas de examen/notas de historia clínica más recientes con fecha de no más de un (1) año calendario antes de esta solicitud.

Fecha del último examen ------/------/-------- Adjuntar nota del examen.

☐ Informes de pruebas de diagnóstico e imágenes (p. ej., informes de rayos X, informes de CT, informes de MRI, informes de EKG/pruebas de esfuerzo, informes de PFT, resultados de EMG, prueba de caminata de seis minutos).

NO SE ACEPTARÁN CD ni PELÍCULAS MÉDICAS.

Fechas de los informes de pruebas de diagnóstico ------/------/-------- Adjuntar los informes.

Si tiene preguntas sobre los requisitos de documentación médica, llame a la Unidad de Certificación Médica del Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York al: 347-396-6552 antes de enviar su solicitud.

En su opinión, ¿esta persona tiene una discapacidad que *requiere* el empleo de un automóvil particular para transportarse?

☐ Sí ☐ No

Certificación del médico personal del solicitante:

Afirmo que examiné personalmente al solicitante mencionado arriba y que la información presentada en esta solicitud relacionada con la discapacidad de esta persona es precisa.

Firmando abajo, certifico que la información que presento es verdadera y completa, y entiendo que cualquier declaración falsa por escrito se puede sancionar según la sección 210.45 de la Ley Penal de NYS. Además, se puede informar a la Oficina de Conducta Médica Profesional (Office of Professional Medical Conduct) del Departamento de Salud de NYS (NYS Department of Health).

_____	_____	_____
FIRMA DEL MD o DO	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL MD o DO	N.° DE LICENCIA PROFESIONAL, ESTADO
_____	_____	_____
FECHA	DIRECCIÓN	TELÉFONO

Departamento de Transporte de la Ciudad de Nueva York
PERMISO DE ESTACIONAMIENTO ESPECIAL CON IDENTIFICACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK
PERMISOS DE ESTACIONAMIENTO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES (PPPD)

LISTA DE VERIFICACIÓN para un **PPPD de NYC**

Para asegurarse de que su solicitud esté completa, *lea todas las instrucciones en la solicitud NYC PPPD y en la página de historia médica.*

Si no se cumplen todos los requisitos de abajo, le devolverán su solicitud por correo.

- ☐ ¿Adjuntó una copia de su documento de identificación (licencia de conducir emitida por el estado, tarjeta de identificación de no conductor o tarjeta de identificación municipal de NYC (IDNYC))? [*Consulte **¿Qué documentación debo presentar para solicitud un permiso PPPD de NYC?** en la página 1, Instrucciones]*

- ☐ ¿Adjuntó una copia del registro del vehículo de pasajeros por cada matrícula que aparecería en el PPPD de NYC? ¿Están todos vigentes (no vencidos)? [*Consulte **¿Qué tipo de información sobre el vehículo es necesaria?** en la página 1, Instrucciones*]

- ☐ ¿Se aseguró de que el nombre y la dirección en su solicitud coincidan con el nombre y la dirección en su documento de identificación?

- ☐ ¿Coincide el nombre que está en la documentación médica de respaldo con el nombre que aparece en su página de historia médica? [Consulte ***Historia médica**, página 4*]

- ☐ ¿Completó el médico la sección de información médica, incluyendo la firma y la fecha en la página de Historia médica? [Consulte ***Historia médica**, página 5*]

- ☐ **¿Adjuntó toda la documentación médica de respaldo (p. ej., notas de exámenes/notas de historia clínica, informes de radiografías/CT/MRI, EKG/pruebas de esfuerzo, informes de consultores, etc.)? ¿Están fechados todos los documentos dentro de un año calendario antes de presentar su solicitud?**

- ☐ ¿Está su solicitud completa? ¿Firmó y fechó la solicitud?

New York City Department of Transportation
Permits and Customer Service
30-30 Thomson Avenue, 2nd Floor
Long Island City, NY 11101-3045
718-433-3100, TTY 212-504-4115
nyc.gov/pppdinfo