

ANTES DE EMPEZAR

Puede solicitar un lugar accesible (HP Sign) tanto si es conductor como pasajero. Usted puede ser elegible para un lugar de estacionamiento accesible si:

- usted es un residente de tiempo completo durante todo el año de Revere y es dueño de su casa.
- Tiene una discapacidad que durará al menos un año y limita severamente su capacidad para caminar
- tiene una Placa de Discapacitado, una Placa de Veterano Discapacitado o una Placa de Estacionamiento para Discapacitados válida del Registro de Vehículos Motorizados, y
- tiene un automóvil registrado en su dirección de Revere que usa diariamente para el transporte personal.

NO PUEDE obtener un lugar de estacionamiento si:

- Tiene una discapacidad a corto plazo que durará menos de un año (no es elegible si su discapacidad no limita gravemente su capacidad para caminar)
- no tiene un automóvil registrado en su dirección de Revere (no puede obtener un espacio para fines de "recogida y devolución")
- ya tiene un camino de entrada, garaje u otro estacionamiento fuera de la calle que utiliza y que es accesible para HP
- le debe dinero a la ciudad por multas de estacionamiento o impuestos pendientes, o
- hay letreros de "No estacionar" o "No detenerse" colocados en su lado de la calle.

PASO

2

PREPARA TUS DOCUMENTOS

Si conduces tu coche, aunque solo sea parte del tiempo:

- Imprima y complete la solicitud de conductor

- marque la casilla en la parte superior de la aplicación que dice "Nuevo"
- Haga que su médico llene la sección médica.

Si solo eres un pasajero en el automóvil (no tienes licencia, nunca conduces o eres menor de 16 años):

- Imprima y complete la solicitud de pasajero
- marque la casilla en la parte superior de la aplicación que dice "Nuevo"
- Haga que su médico llene la sección médica.

También debe proporcionarnos copias de su:

- registro de automóviles en su dirección de Revere
- Cartel de estacionamiento para discapacitados que muestra su foto, número de identificación y fecha de vencimiento
- su licencia de conducir de Massachusetts, y
- La receta del médico para su dispositivo de movilidad, si tiene uno. Algunos ejemplos de dispositivos de movilidad son los bastones y las sillas de ruedas.

Asegúrese de que todos sus formularios sean fáciles de leer y que sus fotos sean claras. Además, por favor, no nos dé radiografías ni registros médicos. Solo necesita que el médico complete la sección médica de su solicitud.

PASO

3

ENVÍE SU INFORMACIÓN COMPLETADA A COMISIÓN DE HABILIDADES

La forma más rápida y mejor es:

Escanee sus documentos y guárdelos en formato PDF.

A continuación, envíelos por correo electrónico a:

Disabilities@revere.org

o

Envíe por correo una copia de su solicitud en papel completa y sus documentos a:
(*Guarde una copia para sus registros*)

Ayuntamiento de Revere

A la atención de: Comisión de Discapacidades
281 Broadway
Revere, MA 02151

Su solicitud puede tardar hasta seis semanas en procesarse.

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA
 OFICIAL:
 Aprobado: CRM _____
 Denegado:
 Reason _____
 Apelación: Aprobada Denegada
 Personal: _____ Fecha: _____

CIUDAD DE REVERE



Programa de Espacios de Estacionamiento Accesibles (Señal HP)
APLICACIÓN SOLO PARA CONDUCTORES

DEVUELVA LAS SOLICITUDES COMPLETADAS A:

Ayuntamiento de Revere

A la atención de: Comisión Revere sobre Discapacidades

281 Broadway Revere, MA 02151

Teléfono: 781-286-8267 Correo electrónico: disabilities@revere.org

La información debe imprimirse claramente, todas las preguntas deben responderse por completo y se debe incluir la documentación de respaldo: las solicitudes incompletas serán devueltas, lo que provocará un retraso en el procesamiento de la solicitud.

Fecha de hoy: _____ Tipo de solicitud: NUEVO RENOVIACIÓN DEL ESPACIO
 EXISTENTE

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (SOLICITANTE se refiere a la persona con discapacidad que necesita estacionamiento)

Apellido _____ Nombre _____ Segundo _____

Dirección _____ Zip _____

Unidad # _____ Fecha de nacimiento _____ edad _____

Teléfono _____ correo electrónico _____

En cuanto a la explotación del vehículo, ¿es el solicitante: El único conductor Conductor principal Solo un

¿Con qué frecuencia sale el solicitante de casa con este vehículo? Diario ↓ Semanal Otro (cómo
 often _____)

→ Si es "Diariamente", describa a dónde va diariamente:

→ Si es "Otro", explique la frecuencia con la que sale de casa usando este vehículo:

2. INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO (EL VEHÍCULO debe estar registrado y ubicado en la dirección del solicitante)

Marca del vehículo _____ modelo _____ número de placa _____

MA-RMV Número de cartel deshabilitado _____ fecha de vencimiento _____

Licencia de conducir MA del solicitante # _____ fecha de vencimiento _____

→ Se REQUIERE presentar una copia de cada uno de los siguientes documentos con esta solicitud:

- Copia de la matrícula de un automóvil ubicado en la dirección del solicitante Sí No

- Copia del cartel de estacionamiento para discapacitados del solicitante (que muestre la foto y la fecha de vencimiento)

Sí No

- Copia de la licencia de conducir MA del solicitante (que muestre foto y fecha de vencimiento)

Sí

No

¿Este vehículo está modificado con equipo adaptativo (rampa, elevador, controles manuales, etc.)?

Sí

↓ No

→ En caso afirmativo, describa las modificaciones:

3. INFORMACIÓN DE LA PROPIEDAD

¿Es usted propietario del inmueble en el que solicita la instalación del Espacio Accesible? Sí No

¿Hay ALGÚN estacionamiento fuera de la calle en esta dirección, como un camino de entrada, un estacionamiento o un garaje? Sí ↓ No

***** IMPORTANTE - Debe informar TODO el estacionamiento fuera de la calle existente en esta dirección, incluso si no puede usarlo *****

→ Si su respuesta es "Sí", ¿puede y/o se le permite usar el estacionamiento fuera de la calle?

Sí


No

→ Si NO PUEDE usar el estacionamiento fuera de la calle, explique por qué:

¿Es esto Vivienda Pública? Sí → No En caso afirmativo, nombre del desarrollo:

¿Reside en esta dirección durante todo el año, sin períodos prolongados de ausencia?

Sí No

¿Hay algún  letrero de estacionamiento accesible colocado frente a su residencia?

Sí No

¿Cuántos espacios de estacionamiento accesibles  hay en su cuadra?

0 1

2 3

Otros _____

Marque todas las restricciones de estacionamiento en esta dirección: No estacionar Hidrante Parada de autobús

Calle de un solo sentido

¿En qué piso de esta propiedad vives?

Sótano 1

2 3

4 Otro _____

¿Cómo entras en tu casa/unidad?
stairs _____)

Rampa Ascensor o Ascensor

Escaleras (→ # de

4. INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD

¿Cuál es el DIAGNÓSTICO médico que causa su discapacidad?

¿Qué SÍNTOMAS afectan su capacidad para caminar?

¿Cuánto tiempo se espera que dure su discapacidad?

Permanentemente Temporalmente → (¿cuánto tiempo?)

_____)

¿Cuántas cuadras se puede caminar sin parar a descansar?

¿Depende de algún dispositivo de movilidad para el que su médico le haya recetado?

Sí No **Página 3 de 3**

→ Si tu respuesta es "Sí", ¿qué dispositivos? Silla de ruedas oxígeno portátil prótesis andador bastón

→ Si respondió "Sí", ¿adjuntó la copia REQUERIDA de esta receta? Sí No

¿Está empleado?

Sí No

→ Si su respuesta es "Sí", ¿está empleado a tiempo completo o a tiempo parcial?

Tiempo completo

Tiempo parcial

→ Si respondiste "Sí", ¿cuál es tu ocupación?

5. AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que la información anterior es verdadera y precisa. Entiendo perfectamente que la instalación de letreros de estacionamiento accesible en mi residencia no reserva un espacio de estacionamiento para mi uso personal. Pone a disposición un espacio para el uso de cualquier vehículo con una placa o cartel válido de discapacitado. Entiendo que el abuso o la violación de este acuerdo puede resultar en la eliminación del Estacionamiento Accesible.

Firma del solicitante

Fecha

Aprobado: CRM _____

Denegado: _____

Reason _____

Apelación: Aprobada Denegada

Personal: _____ Fecha: _____

CIUDAD DE REVERE



Programa de Espacios de Estacionamiento Accesibles (Señal HP)

APLICACIÓN SOLO PARA PASAJEROS

DEVUELVA LAS SOLICITUDES COMPLETADAS A:

Ayuntamiento de Revere

A la atención de: Comisión Revere sobre Discapacidades

281 Broadway Revere, MA 02151

Teléfono: 781-286-8267 Correo electrónico: disabilities@revere.org

La información debe imprimirse claramente, todas las preguntas deben responderse por completo y se debe incluir la documentación de respaldo: las solicitudes incompletas serán devueltas, lo que provocará un retraso en el procesamiento de la solicitud.

La fecha de hoy: _____ Tipo de aplicación: NUEVO RENOVIACIÓN DEL ESPACIO EXISTENTE

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (SOLICITANTE se refiere a la persona con discapacidad que necesita estacionamiento)

Apellido _____ Nombre _____ Segundo _____

Dirección _____ Código Postal _____

Unidad # _____ Fecha de nacimiento _____ edad _____

Teléfono _____ correo electrónico _____

¿El solicitante es un niño menor de 18 años? Sí No

¿El solicitante necesita o utiliza una silla de ruedas a

tiempo completo? Sí No

¿Con qué frecuencia sale el solicitante de casa con este vehículo? Diario ↓ Semanal Otro (cómo often _____)

→ Si es "Diariamente", describa a dónde va diariamente:

→ Si es "Otro", explique la frecuencia con la que sale de casa usando este vehículo:

En cuanto a la operación del vehículo, el solicitante: Siempre un pasajero Siempre el conductor A veces ambos

**** IMPORTANTE – Si siempre o a veces es conductor, por favor DETÉNGASE aquí y complete la SOLICITUD DE**

CONDUCTOR **

2. INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR PRINCIPAL (se refiere a la persona que proporciona transporte primario al SOLICITANTE)

Conductor principal Apellido Name _____ Nombre del conductor principal _____

Dirección _____ Unidad # _____ Código Postal _____

Relación del conductor principal con el solicitante _____ ¿se emplea el conductor principal? Sí ↓ No

→ Si el conductor principal está empleado, ¿cuál es su horario de trabajo? Tiempo completo Tiempo parcial Otro

→ ¿Cuál es la disponibilidad del conductor principal para conducir al solicitante?

Mañanas Tardes

Noches

Finés de

semana

¿A dónde lleva el conductor principal al solicitante? Viajes al trabajo Compras Médico Otros ↓

→ Describa "Otros" lugares conducidos (debe ser ESPECÍFICO para admitir esta aplicación):

3. INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO (EL VEHÍCULO debe estar registrado y ubicado en la dirección del solicitante)

Marca del vehículo _____ modelo _____ número de placa _____

Número de cartel deshabilitado MA-RMV _____ fecha de vencimiento _____

Licencia de conducir MA del solicitante # _____ fecha de vencimiento _____

→ Se REQUIERE presentar una copia de cada uno de los siguientes documentos con esta solicitud:

- Copia de la matrícula de un automóvil ubicado en la dirección del solicitante Sí No

- Copia del cartel de estacionamiento para discapacitados del solicitante (que muestre la foto y la fecha de vencimiento)

Sí No

- Copia de la licencia de conducir MA del solicitante (que muestre foto y fecha de vencimiento)

Sí No

¿Este vehículo está modificado con equipo adaptativo (rampa, elevador, controles manuales, etc.)?

Sí ↓ No

→ En caso afirmativo, describa las modificaciones:

4. INFORMACIÓN DE LA PROPIEDAD

¿Es usted propietario del inmueble en el que solicita la instalación del Espacio Accesible? Sí No

¿Hay ALGÚN estacionamiento fuera de la calle en esta dirección, como un camino de entrada, un estacionamiento o un garaje?

Sí ↓ No


*** **IMPORTANTE** - Debe informar **TODO** el estacionamiento fuera de la calle existente en esta dirección, incluso si no puede usarlo ***

→ Si su respuesta es "Sí", ¿puede y/o se le permite usar el estacionamiento fuera de la calle? Sí No

→ Si **NO PUEDE** usar el estacionamiento fuera de la calle, explique por qué:

¿Es esto Vivienda Pública? Sí → No En caso afirmativo, nombre del desarrollo: _____

¿Reside en esta dirección durante todo el año, sin períodos prolongados de ausencia? Sí No

¿Hay algún  letrero de estacionamiento accesible colocado frente a su residencia? Sí No

¿Cuántos espacios de estacionamiento accesibles  hay en su cuadra? 0 1 2 3 Otros _____

Marque todas las restricciones de estacionamiento en esta dirección: No estacionar Hidrante Parada de autobús Calle de un solo sentido

¿En qué piso de esta propiedad vives? Sótano 1 2 3 4 Otro _____

¿Cómo entras en tu casa/unidad? Rampa Ascensor o Ascensor Escaleras (→ # de stairs _____)

5. INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD

¿Cuál es el DIAGNÓSTICO médico que causa su discapacidad?

¿Qué SÍNTOMAS afectan su capacidad para caminar?

¿Cuánto tiempo se espera que dure su discapacidad? Permanentemente Temporalmente → (¿cuánto tiempo? _____)

¿Cuántas cuadras se puede caminar sin parar a descansar?

¿Depende de algún dispositivo de movilidad para el que su médico le haya recetado?

Sí No

→ Si tu respuesta es "Sí", ¿qué dispositivos? Silla de ruedas oxígeno portátil prótesis andador bastón

→ Si respondió "Sí", ¿adjuntó la copia REQUERIDA de esta receta? Sí No

¿Está empleado? Sí No

→ Si su respuesta es "Sí", ¿está empleado a tiempo completo o a tiempo parcial?

Tiempo completo Tiempo

parcial

→ Si respondiste "Sí", ¿cuál es tu ocupación?

6. AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que la información anterior es verdadera y precisa. Entiendo perfectamente que la instalación de letreros de estacionamiento accesible en mi residencia no reserva un espacio de estacionamiento para mi uso personal. Pone a disposición un espacio para el uso de cualquier vehículo con una placa o cartel válido de discapacitado. Entiendo que el abuso o la violación de este acuerdo puede resultar en la eliminación del Estacionamiento Accesible.

Firma del solicitante

Fecha

CIUDAD DE REVERE



Solicitud para el Programa de Espacio de Estacionamiento Accesible Residencial Formulario de Documentación Médica

Este formulario debe ser completado completamente por el médico de atención primaria del solicitante o un especialista con licencia.

La información debe incluir el número de registro del médico y su firma. Por favor, escriba o escriba con claridad.

Instrucciones para el médico: Su paciente, mencionado anteriormente, está solicitando un espacio de estacionamiento residencial accesible (espacio APS) en la ciudad de Revere. Para calificar para este programa, necesitamos información específica de usted sobre el diagnóstico médico y las limitaciones funcionales de su paciente. Una persona debe tener una limitación física que le impida llegar a su casa desde un espacio de estacionamiento en la calle a más de una cuadra de distancia. Por favor, lea este formulario en su totalidad y complételo con precisión a su leal saber y entender SOLO para aquellos pacientes a los que haya tratado personalmente y diagnosticado con una capacidad severamente limitada para caminar.

Fecha: _____

(Solicitante) Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación del médico con el paciente: PCP

Describir el DIAGNÓSTICO del paciente:

¿Es esta una condición permanente? Sí





→ Si esta afección es temporal, ¿cuánto tiempo espera que dure?

Describa los SÍNTOMAS del paciente:

¿Cómo afecta esta afección médica a su capacidad para caminar?

¿Cuántas cuadras puede caminar este paciente? 1 1/2 _____




















¿Ha recetado algún dispositivo de movilidad médicamente necesario para este paciente? Sí ↓ No

→ En caso afirmativo, ¿qué dispositivos ha recetado? Silla de ruedas     oxígeno

¿Cuánto tiempo ha estado este paciente bajo su cuidado por esta afección? _____

¿Con qué frecuencia ve a este paciente? Anualmente

¿Este paciente recibe tratamiento/terapia médica fuera de su hogar de forma regular? Sí ↓ No

→ En caso afirmativo, ¿qué tratamiento/terapia reciben?

¿Con qué frecuencia salen de su casa para este tratamiento? Diario        

Una copia de sus recetas para todos los dispositivos de movilidad DEBE adjuntarse con la solicitud ***

Marque cualquiera de las siguientes condiciones médicas que describan con precisión la discapacidad de su paciente:

Enfermedad pulmonar: Sí No → ¿Requiere el uso de oxígeno portátil? Sí No

Explicar: _____

Afección cardíaca de clase III o clase IV, según la Asociación Americana del Corazón Explique: _____

Artritis: Tipo de Arthritis _____
articulaciones afectadas: _____

Explicar: _____

Otros problemas de movilidad que requieran el uso de un dispositivo de movilidad médicamente necesario (silla de ruedas, scooter, prótesis, andador o bastón). Se debe incluir una prescripción para este dispositivo de movilidad.

Explicar: _____

Nombre del médico (impreso claramente) _____

Nombre del Hospital, Clínica de Práctica Médica _____

Dirección de Práctica Médica _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico:

Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y precisa bajo las penas y penas de perjurio.

Número de registro de la Junta de MA de firma del médico

NECESITA SABER:

1. Tener una placa de veterano discapacitado o discapacitado no garantiza su elegibilidad.
2. Si consigues una plaza de aparcamiento, otros conductores discapacitados también pueden aparcar allí.
3. Conozca las reglas y regulaciones para tener un lugar de estacionamiento para discapacitados.

REGLAS PARA EL PROGRAMA DE ESPACIO ACCESIBLE (HP SIGN)

¿Está solicitando un lugar de estacionamiento accesible en su calle? Aprenda primero las reglas y regulaciones.

USO DEL SPOT

Si consigues un espacio de estacionamiento, otros vehículos con una placa o cartel para discapacitados también pueden estacionarse allí, incluidos los autos de otros estados.

De todos modos, debe seguir los horarios de limpieza de calles, las emergencias por nieve y otras restricciones de estacionamiento. Tampoco se puede abandonar el coche en una plaza de aparcamiento accesible (aparcar durante más de 72 horas).

ELEGIBILIDAD Y RENOVACIÓN

Debes renovar la plaza de aparcamiento accesible cada año. Si no renueva su plaza de aparcamiento, se la quitaremos.

Debe informarnos si hay un cambio en su discapacidad, dirección o elegibilidad. Si ya no eres elegible para el puesto, lo eliminaremos.

OTRAS RESTRICCIONES

Los letreros de estacionamiento accesibles son propiedad de la Ciudad. No puede instalar ni quitar letreros, ni pintar la acera o los postes para delimitar un lugar.

Si intenta cambiar las señales o pintar en la calle, o hacer un mal uso del lugar de estacionamiento de alguna manera, eliminaremos inmediatamente las señales.

Este programa no se rige por ninguna ley federal o estatal. Es administrado por la Comisión de Discapacidades y el Departamento de Tránsito. Solo la Comisión de Tránsito puede tomar la decisión de aprobar o denegar una solicitud.

NECESITA SABER:

- Tener una placa de veterano discapacitado o discapacitado no garantiza su elegibilidad.
- Si consigues una plaza de aparcamiento, otros conductores discapacitados también pueden aparcar allí.
- Conozca las reglas y regulaciones para tener un lugar de estacionamiento para discapacitados.

REGLAS PARA EL PROGRAMA DE ESPACIO ACCESIBLE (HP SIGN)

¿Está solicitando un lugar de estacionamiento accesible en su calle? Aprenda primero las reglas y regulaciones.

USO DEL SPOT

Si consigues un espacio de estacionamiento, otros vehículos con una placa o cartel para discapacitados también pueden estacionarse allí, incluidos los autos de otros estados.

De todos modos, debe seguir los horarios de limpieza de calles, las emergencias por nieve y otras restricciones de estacionamiento. Tampoco se puede abandonar el coche en una plaza de aparcamiento accesible (aparcar durante más de 72 horas).

Un conductor con una placa para discapacitados o un cartel de estacionamiento para discapacitados puede estacionarse en un lugar de estacionamiento accesible incluso si existe una restricción de "Solo para residentes". Sin embargo, aún deben obtener un permiso "Solo para residentes" si quieren estacionar en otros lugares del vecindario.

ELEGIBILIDAD Y RENOVACIÓN

Debes renovar la plaza de aparcamiento accesible cada año. Si no renueva su plaza de aparcamiento, se la quitaremos.

Debe informarnos si hay un cambio en su discapacidad, dirección o elegibilidad. Si ya no eres elegible para el puesto, lo eliminaremos.

OTRAS RESTRICCIONES

Los letreros de estacionamiento accesibles son propiedad de la Ciudad. No puede instalar ni quitar letreros, ni pintar la acera o los postes para delimitar un lugar.

Si intenta cambiar las señales o pintar en la calle, o hacer un mal uso del lugar de estacionamiento de alguna manera, eliminaremos inmediatamente las señales.

Este programa no se rige por ninguna ley federal o estatal. Es administrado por la Comisión de Discapacidades y el Departamento de Tránsito. Solo la Comisión de Tránsito puede tomar la decisión de aprobar o denegar una solicitud.