



**Instrucciones y solicitud**  
**Permiso de Estacionamiento Especial con Identificación de la Ciudad de Nueva York**  
**(Permiso de Estacionamiento por Discapacidad de la Ciudad)**  
**Permisos de Estacionamiento para Personas con Discapacidades**  
**(Parking Permits for People with Disabilities, PPPD)**

Saludos:

Para brindar un mejor servicio a nuestros clientes, la Unidad de Permisos de Estacionamiento para Personas con Discapacidades (PPPD) del Departamento de Transporte (Department of Transportation, DOT) de la Ciudad de Nueva York ha creado una lista de preguntas frecuentes que podría contribuir a orientar a los nuevos solicitantes durante el proceso de solicitud.

***¿Cómo sé si soy elegible para obtener un permiso PPPD?***

Si usted reside o no en la ciudad y tiene una discapacidad permanente que afecta en gran medida su movilidad y requiere un vehículo privado para poder transportarse, podría ser elegible. *Tenga en cuenta que la matrícula (número de placa) de un vehículo comercial, de alquiler o que pertenezca a un distribuidor no se puede inscribir en un permiso PPPD.*

***¿Qué documentación debo presentar para solicitar un permiso PPPD?***

Los solicitantes deben presentar los siguientes documentos:

- Una licencia de conducir emitida por el estado, una tarjeta de identificación de no conductor o una identificación municipal de la ciudad de Nueva York (NYC Municipal ID, IDNYC). Asegúrese de que el nombre y el domicilio que incluya en la solicitud coincidan con los que aparecen en su tarjeta de identificación.
- Una solicitud certificada y la **documentación médica que justifique su discapacidad (que se haya obtenido en el plazo de un [1] año calendario antes de la fecha de solicitud)** y esté validada por un médico (Medical Doctor, M.D.) o un médico osteópata (Doctor of Osteopathy, D.O.) y que haya sido validada por un médico designado por el Departamento de Salud y Salud Mental (Department of Health and Mental Hygiene, DOHMH) de la Ciudad de Nueva York.

***¿Qué tipo de información sobre el vehículo se requiere?***

Los solicitantes deben proporcionar una copia del registro actual y válido del vehículo de pasajeros para cada matrícula que se liste en el permiso (el máximo es de tres matrículas). No envíe fotos de la etiqueta adhesiva que se encuentra en el parabrisas del vehículo. El DOT no aceptará números de matrícula a los que el Departamento de Finanzas (Department of Finance, DOF) de la Ciudad de Nueva York les haya iniciado un fallo judicial pendiente por infracciones de las reglas de estacionamiento. Para obtener más información sobre fallos judiciales pendientes por infracciones de las reglas de estacionamiento, visite el sitio web del DOF en [nyc.gov/DOF](http://nyc.gov/DOF). *Tenga en cuenta que si pretende listar un vehículo alquilado, deberá adjuntar una copia del contrato de alquiler de dicho vehículo.*

***¿Cómo debo presentar mi solicitud?***

- Revise y firme esta solicitud.
- Adjunte toda la información requerida en el formulario de solicitud y
- Envíe el formulario a:

**NYC Department of Transportation**  
**Permits & Customer Service (PPPD Unit)**  
30-30 Thomson Avenue – 2<sup>nd</sup> Floor  
Long Island City, NY 11101-3045

También puede presentar su solicitud en la dirección indicada anteriormente. La entrada del DOT se encuentra sobre 30<sup>th</sup> Place, cerca de 47<sup>th</sup> Avenue. La ventana de servicio al cliente está abierta de 9:00 a. m. a 4:30 p. m.

*Tenga en cuenta: La solicitud también puede ser presentada en nombre del solicitante por su cónyuge, pareja de hecho (según lo establecido en el Código Administrativo de la Ciudad de Nueva York 1-112[21]), padre o madre, tutor o cualquier otra persona que ejerza la responsabilidad legal de administrar los asuntos cotidianos de dicha persona. Tenga en cuenta que el nombre que se indique en la solicitud deberá coincidir exactamente con el que aparezca 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, le devolverán la información con una carta en la que describirán la información necesaria que falta.
- La oficina de PPPD enviará las solicitudes completas a la Unidad de Certificación Médica del DOHMH para su revisión. Si el DOHMH aprueba su solicitud, la PPPD emitirá su permiso.
- Si el DOHMH rechaza su solicitud, se le enviará una carta en la que se explicará el proceso de apelación.
- Tenga en cuenta que el proceso de solicitud completo podría durar hasta 90 días.

Toda la información presentada junto con la solicitud y cualquier documentación médica que el solicitante presente posteriormente al DOHMH se mantendrá confidencial y se compartirá únicamente con las personas relacionadas con la certificación o con el proceso de emisión del permiso, en la medida en que la ley así lo permita o requiera.

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

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

*Los residentes de Nueva York pueden obtener un formulario de registro del votante en línea en [vote.nyc.ny.us](http://vote.nyc.ny.us) o por teléfono llamando a la Junta Electoral: 212-868-3692 Centro de llamadas: 866-VOTE-NYC. Registrarse como votante no es una condición para recibir servicios gubernamentales.*



New York City Department of Transportation  
**PERMISO DE ESTACIONAMIENTO ESPECIAL CON IDENTIFICACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK**  
 PERMISOS DE ESTACIONAMIENTO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES (PARKING PERMITS FOR PEOPLE WITH DISABILITIES, 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 (NYC Municipal ID, IDNYC).

<b>A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE*</b> <small>*la persona que tiene la discapacidad</small>			<b>NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b> (y del Estado, si corresponde)#		<b>ENCIERRE UNA:</b> Licencia de conducir Id. de no conductor IDNYC	
Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre	N.º de Seguro Social (solo los últimos 4 dígitos)	
Dirección de la residencia: Calle y N.º de apartamento				Sexo (encierre en un círculo): M      F	Estatura (en pies y pulgadas):	Peso (en libras):
Ciudad	Estado	Código postal	N.º de teléfono del hogar		N.º de teléfono móvil	
Fecha de nacimiento		Dirección de correo electrónico:				
<b>B. MATRÍCULAS (PLACAS):</b> debe presentar una copia del registro actual del vehículo de pasajeros para cada número de placa (matrícula) que puso en la lista. Tenga en cuenta que se verificará si los registros de los vehículos de pasajeros que presente tienen violaciones de las reglas de estacionamiento de la ciudad de Nueva York y que en su permiso no se incluirán las matrículas que tengan sentencias pendientes por violaciones de las reglas de estacionamiento. Solo se pueden incluir tres (3) matrículas por permiso.						
1.		2.		3.		
<b>C. DECLARACIÓN</b> Declaro, bajo pena de falso testimonio en virtud de la sección 210.45 de la Ley Penal de Nueva York, que las declaraciones aquí contenidas son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender, y que no he hecho ninguna declaración falsa ni he dado información que yo sepa que es falsa de forma deliberada e intencional. Comprendo que la información aquí proporcionada se compartirá únicamente con las personas que han trabajado en el proceso de emisión del permiso, en la medida en que la ley así lo permita o requiera.						
FECHA			FIRMA DEL SOLICITANTE*			
<b>NOTA:</b> Si su documento de identificación indica "Incapaz de firmar", deje el campo "Firma del solicitante" anterior en blanco y complete la Sección D que encontrará a continuación. Si requiere los servicios de un intérprete, especifique en qué idioma: _____.						
<b>D. *Si el solicitante tiene menos de 18 años, proporcione el nombre y el número de teléfono de su padre, tutor o de la persona que ejerza la responsabilidad legal de administrar sus asuntos cotidianos. Si el solicitante tiene 18 años o más y es incapaz de firmar la solicitud, proporcione el nombre y el número de teléfono de su cónyuge, pareja de hecho, tutor o de la persona que ejerza la responsabilidad legal de administrar sus asuntos cotidianos.</b>						
Nombre		Teléfono		Relación		
Firma de la persona designada						

# PÁGINA DE HISTORIAL MÉDICO

**NOTA: SOLO SU MÉDICO PERSONAL (M.D./D.O.) PODRÁ COMPLETAR ESTE FORMULARIO**

E. HISTORIAL MÉDICO Y ESTADO de:

**Nombre del solicitante** (tal como se indica en la licencia de conducir emitida por el estado, la tarjeta de identificación de no conductor o la IDNYC):

*Nombre del solicitante tal como se indica en el historial médico (si no es el mismo):*

**Fecha de nacimiento del solicitante:**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del solicitante**

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
- - -

Indique el diagnóstico médico actual y en qué medida afecta la CAPACIDAD DE CAMINAR del paciente. Indique la NECESIDAD actual DE UN DISPOSITIVO DE ASISTENCIA (si corresponde). Junto con esta solicitud, presente las anotaciones realizadas durante los exámenes más recientes que tengan una antigüedad menor de un (1) año calendario y documentación médica de apoyo (por ej., informes de exploraciones por rayos X [X-Ray], tomografía computarizada [CT], imágenes obtenidas por resonancia magnética [MRI], informes de electrocardiogramas [EKG]/pruebas de esfuerzo [Stress Test], pruebas de la función pulmonar [PFT], resultados de electromiografías [EMG] e informes de especialistas).

Explique en qué medida la afección afecta la capacidad de caminar:

Fecha del último examen:

Seleccione una de las siguientes opciones con respecto a la magnitud de la discapacidad de la movilidad:

La discapacidad de la movilidad es: Temporal  Permanente

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

Sí  No

**Proporcione a su paciente documentación médica de apoyo, como por ej., informes de exploraciones por rayos X (X-Ray), tomografía computarizada (CT), imágenes obtenidas por resonancia magnética (MRI), informes de electrocardiogramas (EKG)/pruebas de esfuerzo (Stress Test), pruebas de la función pulmonar (PFT), resultados de electromiografías (EMG) e informes de especialistas (NO se aceptarán CD ni GRABACIONES MÉDICAS) para que la presente junto con esta solicitud a fin de que el médico designado por la ciudad la revise y certifique la discapacidad de la movilidad del solicitante. Es importante que complete esta página con información precisa y completa.**

Certificación del solicitante por parte de su médico personal:

**Afirmo que he examinado personalmente al solicitante antes mencionado y que la información que se presenta en esta solicitud con respecto a su discapacidad es precisa.**

Al firmar abajo, usted certifica que la información que ha proporcionado es verídica y completa, cualquier afirmación falsa puede ser sancionable conforme a la sección 210.45 de la Ley Penal del Estado de Nueva York. Además, sus declaraciones escritas falsas podrían reportarse a la Oficina de Conducta Médica Profesional (Office of Professional Medical Conduct) del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYS Department of Health).

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL M.D./D.O.

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL M.D./D.O.)

\_\_\_\_\_  
N.º DE LICENCIA PROFESIONAL, ESTADO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO



## Documentación médica a incluir en su Permiso de Estacionamiento Especial con Identificación de la Ciudad de Nueva York (también llamado Solicitud del Permiso de Estacionamiento para Personas con Discapacidades)

### Solicite a su médico o médico osteópata:

1. Documentación médica de respaldo que se haya obtenido en el plazo de un (1) año calendario antes de la fecha de solicitud que incluye análisis/informes de diagnóstico con las anotaciones (legibles) que se hayan realizado durante los exámenes médicos.
2. Las anotaciones que su médico haya realizado durante los exámenes deben documentar la gravedad del deterioro de su movilidad. (Habilidad para caminar).

### A continuación se enumeran ejemplos de documentos médicos de apoyo según la condición médica:

Problema cardiovascular: las anotaciones realizadas durante los exámenes, electrocardiogramas (EKG), ecocardiogramas, pruebas de esfuerzo (Stress Test) (solo los informes), ecografías Doppler y angiografías. También deberá indicar la capacidad de esfuerzo.

Problema pulmonar: las anotaciones realizadas durante los exámenes, exploraciones por tomografía computarizada (CT Scan) y radiografía torácica (CXR) de las pruebas de la función pulmonar (PFT) e informes sobre la necesidad de administrar oxígeno más de 12 horas por día.

Dolor de espalda/artritis: las anotaciones realizadas durante los exámenes reumatológicos, ortopédicos y neurológicos, **informes** de las exploraciones por rayos X (X-Ray), electromiografía (EMG), imágenes obtenidas por resonancia magnética (MRI), el resumen de los antecedentes quirúrgicos, **la necesidad de un dispositivo de asistencia (bastón, andador, aparato ortopédico, silla de ruedas, etc.).**

Diagnóstico de cáncer: anotaciones de oncología (sobre el estado actual, la terapia continua), quimioterapia, radiación, etc., antecedentes quirúrgicos.

Insuficiencia renal crónica: documentación sobre diálisis, estado de trasplante, los resultados de análisis de laboratorio recientes, **documentación del tratamiento continuo de la unidad de diálisis.**

Condiciones congénitas (parálisis cerebral infantil, síndrome de Down, etc.): anotaciones realizadas durante los exámenes físicos de ortopedia, neurología o de la especialidad que corresponda.

Condiciones de la salud mental: evaluaciones psicológicas, anotaciones realizadas durante exámenes, informes del Programa de Educación Individual (Individual Education Program, IEP) o exámenes neurológicos.

Condiciones neurológicas (accidentes cerebrovasculares, neuropatías, parálisis y demencia): las anotaciones realizadas durante los exámenes más recientes, electromiografías (EMG), las imágenes obtenidas por resonancia magnética (MRI), **la necesidad de un dispositivo de asistencia/atención en el hogar.**

*Si tiene alguna pregunta adicional acerca de los documentos médicos que se requiere que adjunte a su solicitud, llame a la Unidad de Certificación Médica del Departamento de Salud y Salud Mental (DOHMH) de la Ciudad de Nueva York al (347) 396-6552.*



New York City Department of Transportation

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

PERMISOS DE ESTACIONAMIENTO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES (PARKING PERMITS FOR PEOPLE WITH DISABILITIES, PPPD)

### **LISTA DE VERIFICACIÓN** para un Permiso de Estacionamiento por Discapacidad de la **CIUDAD**

Para asegurarse de que su solicitud esté completa, lea todas las instrucciones presentes en la solicitud de la ciudad y la página de antecedentes médicos.

Para todos los solicitantes: si la información que se indica a continuación no se encuentra presente en su solicitud, esta se le enviará de regreso por correo:

1. ¿Ha adjuntado una copia de su documento de identificación (una licencia de conducir emitida por el estado, una tarjeta de identificación de no conductor o una IDNYC)? [*Consulte **¿Qué documentación debo presentar para solicitar un permiso PPPD?** en las Instrucciones de la página 1*].
2. ¿Ha adjuntado una copia del registro del vehículo de pasajeros para cada matrícula que se incluiría en el permiso de la ciudad? ¿Dichas copias están actualizadas (es decir, no vencidas)? [*Consulte **¿Qué tipo de información sobre el vehículo se requiere?** en las Instrucciones de la página 1*].
3. ¿Todos los registros del vehículo de pasajeros están actualizados (es decir, no vencidos)? [*Consulte **¿Qué tipo de información sobre el vehículo se requiere?** en las Instrucciones de la página 1*].
4. ¿Ha verificado que el nombre y el domicilio que incluyó en la solicitud coincidan con los que aparecen en su tarjeta de identificación?
5. ¿El nombre indicado en la documentación médica de apoyo coincide con el nombre que aparece en su página de historial médico? [*Consulte **Historial Médico** en la página 4*].
6. ¿Su médico ha completado la información médica del paciente y ha firmado y fechado la página de historial médico? [*Consulte **Antecedentes médicos** en la página 4*].
7. **¿Ha adjuntado toda la documentación médica de apoyo (por ejemplo, los informes de las exploraciones por rayos X, CT, MRI, EKG/pruebas de esfuerzo, informes de especialistas, etc.)? ¿Todos los documentos se obtuvieron en el plazo de un (1) año calendario antes de la fecha de solicitud?** [*Consulte **Información sobre documentación médica del DOHMH** en la página 5*].
8. ¿Todos los formularios están completos? ¿Firmó y fechó la solicitud?