Department of Transportation

নির্দেশাবলী এবং আবেদন
নিউ ইয়র্ক সিটি বিশেষ পার্কিং শনাক্তকরণ অনুমতিপত্র
{ওরফে প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য নিউ ইয়র্ক সিটি পার্কিং সংক্রান্ত অনুমতিপত্র (NYC PPPD)}

আমাদের আবেদনকারীদের আরও ভালোভাবে সেবা প্রদানের জন্য, New York City Department of Transportation (NYC DOT)-এর Parking Permits for People with Disabilities (PPPD) ইউনিট প্রায়শই জিজ্ঞাসিত প্রশ্নের একটি তালিকা তৈরি করেছে যা নতুন আবেদনকারীদের আবেদন প্রক্রিয়ার মাধ্যমে গাইড করতে সাহায্য করতে পারে।

আমি কীভাবে জানব যে আমি প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য নিউ ইয়র্ক সিটি পার্কিং সংক্রান্ত অনুমতিপত্র (NYC PPPD) এর জন্য যোগ্য কিনা?

নিউ ইয়র্ক সিটির বাসিন্দা এবং মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে বসবাসকারী অনাবাসী উভয়ই আবেদন করতে পারবেন। যোগ্য হতে হলে, আপনাকে অবশ্যই:

- পরিবহনের জন্য ব্যক্তিগত যানবাহন ব্যবহার বাধ্যতামূলক।
- স্থায়ী শারীরিক অক্ষমতা থাকতে হবে যা চলাফেরাকে গুরুতরভাবে ব্যাহত করে।

NYC PPPD আবেদনের সাথে আমাকে কী কী নথিপত্র জমা দিতে হবে?

সম্পূর্ণ আবেদনপত্রের সাথে আপনাকে নিম্নলিখিত নথিগুলি প্রদান করতে হবে:

- আবেদনে তালিকাভুক্ত প্রতিটি লাইসেন্স প্লেটের জন্য বর্তমান যাত্রীবাহী যানবাহনের রেজিস্ট্রেশন কার্ডের একটি কপি। রেজিস্ট্রেশন স্টিকারের একটি ছবি গ্রহণ করা হবে না। ***অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে বাণিজ্যিক যানবাহনের প্লেট, ডিলার প্লেট এবং ভাড়ার যানবাহনের প্লেটগুলি NYC PPPD-তে তালিকাভুক্ত করা যাবে না।***

- একটি রাজ্য-প্রদত্ত ড্রাইভিং লাইসেন্স, নন-ড্রাইভার ID কার্ড, অথবা একটি NYC মিউনিসিপ্যাল ID (IDNYC)। অনুগ্রহ করে নিশ্চিত করুন যে আবেদনপত্রে থাকা নাম এবং ঠিকানা যেন পরিচয়পত্রে থাকা নাম এবং ঠিকানার সাথে মেলে।

- আপনার প্রতিবন্ধী সমর্থনে **চিকিৎসা সংক্রান্ত নথিপত্র** (**আবেদনের এক ক্যালেন্ডার বছরের মধ্যে**) একজন মেডিকেল ডক্টর (M.D.) অথবা অস্টিওপ্যাথির ডাক্তার (D.O.) দ্বারা প্রদান করতে হবে এবং New York City Department of Health and Mental Hygiene (NYC Health Department) কর্তৃক মনোনীত একজন চিকিৎসক দ্বারা প্রত্যয়িত হতে হবে। *অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে একজন পডিয়াট্রিক মেডিসিনের ডাক্তার (D.P.M.) আবেদনটি প্রত্যয়িত করতে বা নথিপত্রটি জমা দিতে পারবেন না। এছাড়া, অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত বিষয়গুলি মনে রাখবেন:*

    - চিকিৎসা সংক্রান্ত নথিপত্রে চিকিৎসকের স্পষ্ট পরীক্ষার নোটের পাশাপাশি ডায়াগনস্টিক টেস্ট/রিপোর্ট অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে। কমপ্যাক্ট ডিস্ক (CDs) এবং এক্স-রে পাঠাবেন না।
    - চিকিৎসকের পরীক্ষার নোটে আপনার চলাফেরার (হাঁটার ক্ষমতা) অক্ষমতা কতটা গুরুতর, তা উল্লেখ থাকতে হবে।
    - "টু হুম ইট মে কনসার্ন" বা "ডিয়ার ডক্টর" সম্বোধনযুক্ত চিঠি পরীক্ষার নোট এবং সহায়ক নথি ছাড়া গ্রহণযোগ্য নয়।

চিকিৎসা সংক্রান্ত নথিপত্রের প্রয়োজনীয়তা সম্পর্কে কোনো প্রশ্ন থাকলে, আবেদন জমা দেওয়ার আগে NYC Health Department-এর Medical Certification Unit-এ 347-396-6552 নম্বরে যোগাযোগ করুন।

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

কী ধরনের গাড়ির তথ্য প্রয়োজন?

আবেদনকারীদের অনুমতিপত্রে/পারমিটে তালিকাভুক্ত প্রতিটি লাইসেন্স প্লেটের জন্য বর্তমান, বৈধ যাত্রীবাহী যানবাহনের রেজিস্ট্রেশনের একটি কপি (সর্বোচ্চ তিনটি প্লেট) প্রদান করতে হবে। **অনুগ্রহ করে গাড়ির উইন্ডশিল্ড স্টিকারের ছবি পাঠাবেন না। NYC DOT এমন কোনো লাইসেন্স প্লেট নম্বর গ্রহণ করবে না যার বিরুদ্ধে নিউ ইয়র্ক সিটির Department of Finance (DOF)-এ কোনো পার্কিং লঙ্ঘন সংক্রান্ত রায় অমীমাংসিত রয়েছে।** অমীমাংসিত পার্কিং আইন লঙ্ঘনের রায় সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, অনুগ্রহ করে DOF ওয়েবসাইট nyc.gov/DOF দেখুন। *অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন, যদি আপনি একটি লিজ নেওয়া গাড়ি তালিকাভুক্ত করার পরিকল্পনা করেন, তাহলে আপনাকে অবশ্যই সেই গাড়ির লিজ চুক্তির একটি কপি সংযুক্ত করতে হবে।*

আমি কীভাবে আমার আবেদন জমা দেব?

- আবেদনপত্রটি পর্যালোচনা করে স্বাক্ষর করুন।
- চিকিৎসা সংক্রান্ত নথিপত্র সহ আবেদনপত্রে অনুরোধ করা সমস্ত তথ্য সংযুক্ত করুন এবং আপনার ফর্মটি ডাকযোগে এই ঠিকানায় পাঠান:

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

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন: আবেদনকারীর পক্ষ থেকে আবেদনটি স্বামী/স্ত্রী, গৃহসঙ্গী New York City Administrative Code 1-112(21) অনুযায়ী সংজ্ঞায়িত, পিতা-মাতা, অভিভাবক অথবা আবেদনকারীর দৈনন্দিন কার্যক্রম পরিচালনার জন্য আইনগতভাবে দায়িত্বপ্রাপ্ত অন্য কোনো ব্যক্তি জমা দিতে পারেন। আবেদনপত্রে নামটি পরিচয়পত্রে ঠিক যেমন আছে তেমনই থাকা আবশ্যক। অসম্পূর্ণ আবেদনগুলি ফেরত পাঠানো হবে।

আমার আবেদন জমা দেওয়ার পর কী হবে?

- PPPD ইউনিট আপনার সমস্ত নথিপত্র পর্যালোচনা করে নিশ্চিত করবে যে আবেদনটি সম্পূর্ণ কি না। আবেদনপত্রটি অসম্পূর্ণ হলে প্রয়োজনীয় তথ্য চেয়ে একটি চিঠিসহ তা আপনাকে ফেরত পাঠানো হবে।
- PPPD ইউনিট আপনার সম্পূর্ণ আবেদনটি পর্যালোচনার জন্য NYC Health Department-এর মেডিকেল সার্টিফিকেশন ইউনিটে পাঠাবে। NYC Health Department কর্তৃক নিযুক্ত একজন চিকিৎসক আবেদনপত্র এবং সহায়ক চিকিৎসা নথিপত্র পর্যালোচনা করবেন। নিউ ইয়র্ক শহরের নিয়মাবলীর শিরোনাম 24 এর ধারা 16-02 এ সংজ্ঞায়িত, আপনার দেওয়া তথ্যের উপর ভিত্তি করে সিদ্ধান্ত নেওয়া হবে যা চলাফেরা করার গুরুতর অক্ষমতাকে সমর্থন করে।
- NYC Health Department আপনার আবেদন অনুমোদন করলে, PPPD ইউনিট আপনাকে একটি অনুমতিপত্র প্রদান করবে।
- NYC Health Department আবেদন প্রত্যাখ্যান করলে PPPD ইউনিট আপনাকে আপিল প্রক্রিয়া সম্পর্কিত বিস্তারিত একটি চিঠি পাঠাবে।
- সম্পূর্ণ আবেদন প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন হতে 90 কার্যদিবস পর্যন্ত সময় লাগতে পারে।

আবেদনের সাথে জমা দেওয়া সকল তথ্য গোপন রাখা হবে। উপরন্তু, পরবর্তীতে NYC Health Department-এ জমা দেওয়া যেকোনো চিকিৎসার নথিও গোপনীয় থাকবে। আইন অনুযায়ী অনুমোদিত বা প্রয়োজনীয় ক্ষেত্র ছাড়া এই তথ্য শুধুমাত্র সার্টিফিকেশন এবং/অথবা পারমিট/অনুমতিপত্র প্রদান প্রক্রিয়ার সাথে জড়িত ব্যক্তিদের সাথেই শেয়ার করা হবে।

এই আবেদন সম্পর্কে আপনার যদি কোনও প্রশ্ন থাকে, তাহলে আপনি 718-433-3100 নম্বরে গ্রাহক পরিষেবার সাথে যোগাযোগ করতে পারেন। টেলিটাইপরাইটার (TTY) ফোন পরিষেবার জন্য, 212-504-4115 নম্বরে কল করুন। আপনাকে সেবা প্রদানের সুযোগ পেয়ে আমরা খুশি এবং আপনার সহযোগিতার জন্য ধন্যবাদ।

নিউ ইয়র্কের বাসিন্দারা এখান থেকে অনলাইনে ভোটার রেজিস্ট্রেশন ফর্ম পেতে পারেন: vote.nyc.ny.us অথবা Board of Elections -এ কল করুন: 212-868-3692 ফোন ব্যাঙ্ক: 866-VOTE-NYC. সরকারি পরিষেবাগুলি ভোটার হিসেবে রেজিস্ট্রেশন হওয়ার উপর নির্ভরশীল নয়।

New York City Department of Transportation

নিউ ইয়র্ক সিটির বিশেষ পার্কিং শনাক্তকরণ অনুমতিপত্র

প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য পার্কিংয়ের অনুমতিপত্র (PPPD)

সিটির প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য পার্কিংয়ের অনুমতিপত্রের আবেদন

পরিচয়পত্রের নথি: অনুগ্রহ করে আপনার রাজ্য কর্তৃক জারি করা ড্রাইভিং লাইসেন্স বা নন-ড্রাইভার ID কার্ড, অথবা NYC Municipal ID (IDNYC) এর একটি কপি সংযুক্ত করুন।

A. আবেদনকারীর* ব্যক্তিগত ইতিহাস ***প্রাতবন্ধা ব্যাক্ত**	**শনাক্তকরণ নথিপত্র #** _____	**একটিতে টিক চিহ্ন দিন (প্রয়োজনে স্টেট নির্দেশ করুন):** ☐ড্রাইভিং লাইসেন্স স্টেট _____ ☐ড্রাইভার ছাড়া অন্য কারো ID স্টেট _____ ☐IDNYC

পদবী	নাম	মধ্য নাম	সোস্যাল সিকিউরিটি নম্বর (শুধুমাত্র শেষ 4টি সংখ্যা)

বাড়ির ঠিকানা: রাস্তা এবং অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর	লিঙ্গ (চেক করুন): ☐ পুং ☐ মহিলা	উচ্চতা (feet ও inches)	ওজন (lbs.)

শহর	স্টেট	জিপ কোড	বাড়ির ফোন	মোবাইল নং

জন্ম তারিখ	ইমেল

B. লাইসেন্স প্লেট(গুলি): তালিকাভুক্ত প্রতিটি লাইসেন্স প্লেট নম্বরের জন্য আপনাকে বর্তমান যাত্রীবাহী যানবাহনের রেজিস্ট্রেশনের একটি কপি জমা দিতে হবে। আপনার জমা দেওয়া যাত্রীবাহী যানবাহনের রেজিস্ট্রেশন নিউ ইয়র্ক সিটি পার্কিং লঙ্ঘনের জন্য পরীক্ষা করা হবে। পার্কিং লঙ্ঘনের রায় অমীমাংসিত থাকা কোনও লাইসেন্স প্লেট আপনার অনুমতিপত্রে মুদ্রিত হবে না। প্রতিটি অনুমতিপত্রে কেবল তিনটি লাইসেন্স প্লেট অনুমোদিত।

1.	2.	3.

C. ঘোষণাপত্র

নিউ ইয়র্কের দণ্ডবিধির ধারা § 210.45 এর শাস্তির অধীনে, আমি ঘোষণা করছি যে, এখানে উল্লিখিত বিবৃতিসমূহ, আমার জ্ঞান ও বিশ্বাস অনুসারে সত্য ও সঠিক, এবং আমি জেনেশুনে ও ইচ্ছাকৃতভাবে কোনো মিথ্যা বিবৃতি দিইনি বা এমন কোনো তথ্য দিইনি যা আমি মিথ্যা বলে জানি। আমি বুঝতে পারছি যে এখানে প্রদত্ত যেকোনো তথ্য শুধুমাত্র পারমিট প্রক্রিয়ার সাথে জড়িতদের সাথে এবং আইন দ্বারা অনুমোদিত বা প্রয়োজনীয় পরিমাণে শেয়ার করা হবে।

_____ _____

তারিখ আবেদনকারীর স্বাক্ষর*(শুধুমাত্র)

দ্রষ্টব্য: যদি আবেদনকারীর স্টেট-প্রদত্ত পরিচয়পত্রে "স্বাক্ষর করতে অক্ষম" লেখা থাকে অথবা আবেদনকারী নাবালক হন, তাহলে অনুগ্রহ করে উপরের "আবেদনকারীর স্বাক্ষর" ক্ষেত্রটি খালি রাখুন। আবেদনকারীর দৈনন্দিন কাজকর্ম পরিচালনার জন্য দায়িত্বপ্রাপ্ত একজন ব্যক্তিকে নিচের **ধারা D** পূরণ করতে হবে।

D. মনোনীত ব্যক্তি

যদি আবেদনকারীর বয়স 18 বছরের কম হয়, তাহলে আবেদনকারীর দৈনন্দিন কার্যক্রম পরিচালনার জন্য আইনি দায়িত্বপ্রাপ্ত পিতামাতা, অভিভাবক বা অন্য কোনও ব্যক্তিকে নিচের অংশটি পূরণ এবং স্বাক্ষর করতে হবে।

যদি আবেদনকারী আবেদনপত্রে স্বাক্ষর করতে, কথা বলতে বা নিজস্ব বিষয় পরিচালনা করতে অক্ষম হন, তাহলে স্বামী/স্ত্রী, গৃহস্থালির সঙ্গী, অভিভাবক, অথবা আবেদনকারীর দৈনন্দিন বিষয় পরিচালনার জন্য আইনি দায়িত্বপ্রাপ্ত অন্য ব্যক্তিকে নিচের অংশটি পূরণ করে স্বাক্ষর করতে হবে।

_____ _____ _____

নাম টেলিফোন সম্পর্ক

_____

মনোনীত ব্যক্তির স্বাক্ষর

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

চিকিৎসার ইতিহাস সংক্রান্ত পৃষ্ঠা

দ্রষ্টব্য: শুধুমাত্র আপনার ব্যক্তিগত চিকিৎসক (M.D. বা D.O.) দ্বারা সম্পন্ন করতে হবে

এর **চিকিৎসার ইতিহাস এবং এর স্ট্যাটাস:**
আবেদনকারীর নাম (স্টেট দ্বারা-জারি করা ড্রাইভিং লাইসেন্স বা নন-ড্রাইভার ID কার্ড, অথবা IDNYC-তে তালিকাভুক্ত):

_____

আবেদনকারীর নাম

মেডিকেল রেকর্ডে আবেদনকারীর নাম যেমনটি উল্লেখ করা আছে (যদি আলাদা হয়):

_____

আবেদনকারীর জন্ম তারিখ_____-_____-_____

NYC Health Department নিযুক্ত একজন চিকিৎসক আবেদনপত্র এবং সহায়ক চিকিৎসা নথিপত্র পর্যালোচনা করবেন। নিউ ইয়র্ক শহরের নিয়মাবলীর শিরোনাম 24 এর ধারা 16-02 এ সংজ্ঞায়িত, আপনার দেওয়া তথ্যের উপর ভিত্তি করে সিদ্ধান্ত নেওয়া হবে যা চলাফেরা করার গুরুতর অক্ষমতাকে সমর্থন করে। **সমস্যা বা অক্ষমতা (অন্তত একটি নির্বাচন করুন):**

☐ **নিম্নাঙ্গের সম্পূর্ণ মনোপ্লেজিয়া বা প্যারাপ্লেজিয়া।**

☐ পরীক্ষাকারী চিকিৎসকের বিবেচনার ভিত্তিতে, **নিম্নাঙ্গের গোড়ালির উপরের অংশ কেটে ফেলা**। হাঁটুর নীচে ভালোভাবে ফিট হওয়া কৃত্রিম পা এবং স্বাভাবিক চলাফেরার চলনভঙ্গিকে সাধারণভাবে চলাফেরার অক্ষমতা হিসেবে বিবেচনা করা উচিত নয়।

☐ **নিম্ন অঙ্গের দুটি প্রধান ওজন বহনকারী জয়েন্টে আর্থ্রাইটিস,** যেখানে এক্স-রে এবং/অথবা MRI-তে স্পষ্ট ও উল্লেখযোগ্য পরিবর্তন দেখা যায়, যেমন জয়েন্টের ফাঁক কমে যাওয়া, তীব্র ডেজেনারেটিভ পরিবর্তন, এবং নিম্নের এক বা একাধিক শর্ত:

(1) ক্লিনিক্যাল পরীক্ষায় জয়েন্ট(গুলি)-তে উল্লেখযোগ্য তরল জমার প্রমাণ

(2) ক্লিনিক্যাল পরীক্ষায় জয়েন্টের গুরুতর অস্থিতিশীলতা বা ভালগাস/ভারাস বিকৃতি

(3) সিঁড়ি বেয়ে ওঠার ক্ষেত্রে বাধা সৃষ্টিকারী প্রধান জয়েন্ট(গুলি) এর অ্যাঙ্কাইলোসিস বা সংকোচন।

শুধুমাত্র জয়েন্ট প্রতিস্থাপন নিজে থেকে যোগ্যতা প্রদান করে না, যদি না উপরের এক বা একাধিক মানদণ্ড এর সাথে থাকে।

☐ **এক বা উভয় পায়ের তীব্র অ্যাট্রোফি** (অথবা দুই পায়ের দৈর্ঘ্যের পার্থক্য তিন ইঞ্চির বেশি), যা চলাফেরাকে স্পষ্টভাবে ও গুরুতরভাবে ব্যাহত করে।

☐ **মারাত্মক পর্যায়ের মেরুদণ্ডের অস্বাভাবিকতা,** যার সাথে সুনির্দিষ্ট স্নায়বিক বা পেশি নিয়ন্ত্রণজনিত সমস্যা রয়েছে, যা ব্রেসিং বা অস্ত্রোপচারের মাধ্যমে নিরাময়যোগ্য নয় এবং যা চলাফেরাকে গুরুতর ও স্থায়ীভাবে ব্যাহত করবে। ব্যথা থাকুক বা না থাকুক, মেরুদণ্ডে আর্থ্রাইটিসের এক্স-রে প্রমাণ অনুমোদনের জন্য যথেষ্ট নয়। সিদ্ধান্ত নেওয়ার আগে CT স্ক্যান, MRI এবং/অথবা EMG ফলাফল পর্যালোচনার জন্য থাকতে হবে।

☐ **স্নায়বিক অবস্থা**, যেমন মাল্টিপল স্ক্লেরোসিস, মায়াস্থেনিয়া গ্র্যাভিস, মায়োপ্যাথি, পারকিনসনিজম এবং আলঝাইমার রোগ যা উভয় নিম্ন অঙ্গকে প্রভাবিত করে গতিশীলতাকে মারাত্মকভাবে ব্যাহত করে। আবেদনকারীকে, যেখানে উপযুক্ত, অভীষ্ট নথি (যেমন, MRI, EMG, স্নায়ু পরিবাহী অধ্যয়ন, ইত্যাদি) জমা দিতে হবে।

☐ **গুরুতর মাত্রার হৃদরোগ এবং পেরিফেরাল ভাস্কুলার রোগ** যার ফলে চলাফেরা ব্যাহত হয়। হৃদরোগের ক্ষেত্রে **AHA** ক্লাস III বা IV মানদণ্ড পূরণ করতে হবে; স্ট্রেস টেস্ট, ইকোকার্ডিওগ্রাম, ডপলার, 6-মিনিটের হাঁটার পরীক্ষা বা অন্যান্য ডায়াগনস্টিক স্টাডিতে উল্লেখযোগ্য প্যাথলজি এবং/অথবা অক্ষমতার প্রমাণ থাকতে হবে।

☐ **ফুসফুসের রোগ,** যেখানে ফুসফুসের কার্যকারিতা পরীক্ষায় গুরুতর বাধাজনিত বা সীমাবদ্ধ রোগের নথিভুক্ত প্রমাণ রয়েছে। প্রতিদিন বারো ঘন্টার বেশি সময় ধরে সহায়ক অক্সিজেন ব্যবহারের প্রমাণও অক্ষমতার গ্রহণযোগ্য প্রমাণ হতে পারে।

☐ **কিডনি বা বৃক্কের অকার্যকারিতা যার জন্য ঘনঘন ডায়ালাইসিস প্রয়োজন হয়** যেখানে স্নায়বিক বা রক্তকণিকা সংক্রান্ত অস্বাভাবিকতার সুনির্দিষ্ট ক্লিনিক্যাল প্রমাণ রয়েছে।

☐ **যেকোনো ক্যাটাগরির ম্যালিগন্যান্সি যার জন্য কেমোথেরাপি এবং/অথবা রেডিয়েশন থেরাপি অথবা অন্যান্য চিকিৎসা পদ্ধতির প্রয়োজন এবং যা ক্রমাগত ও গুরুতরভাবে চলাফেরার ক্ষমতা ব্যাহত করে।**

☐ **পোলিও-পরবর্তী সিন্ড্রোম** যা পরীক্ষা-নিরীক্ষায় স্পষ্ট এবং গুরুতরভাবে চলাচলে বাধা সৃষ্টি করে।

☐ **এইডস সম্পর্কিত অবস্থা**, যার মধ্যে রয়েছে পেরিফেরাল নিউরোপ্যাথি, ওয়েস্টিং সিনড্রোম, ডিমেনশিয়া, যা স্পষ্টতই শারীরিক পরীক্ষায় চলাফেরাকে গুরুতরভাবে ব্যাহত করে।

☐ **মানসিক অবস্থা** যা গুরুতর **বুদ্ধিবৃত্তিক প্রতিবন্ধকতা** সৃষ্টি করে এবং যথাযথ মনস্তাত্ত্বিক মূল্যায়ন ও ইন্ডিভিজুয়ালাইজড এডুকেশন প্রোগ্রাম (IEP) দ্বারা নথিভুক্ত, যা স্থায়ীভাবে ও গুরুতরভাবে চলাফেরা সীমিত করে।

☐ **জন্মগত রোগ**, যেমন সেরিব্রাল পালসি, স্পাইনা বিফিডা এবং ডাউন সিনড্রোম যা স্থায়ীভাবে গুরুতর চলাচলে প্রতিবন্ধকতা সৃষ্টি করে।

☐ **অন্য কোনও** স্থায়ী অক্ষমতা যা নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে আবেদনকারীর চলাফেরার ক্ষেত্রে মারাত্মকভাবে ক্ষতিকর হতে পারে, যার মধ্যে রয়েছে কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়:

☐ NY স্টেটের সংজ্ঞা অনুযায়ী আইনত অন্ধ বা গুরুতর দৃষ্টিহীন প্রতিবন্ধী।

☐ উপরে তালিকাভুক্ত নয় এমন কোনো শারীরিক বা মানসিক প্রতিবন্ধকতা বা অবস্থা, যা সমপর্যায়ের অক্ষমতা সৃষ্টি করে এবং হাঁটা-চলায় অস্বাভাবিক কষ্ট তৈরি করে ও ব্যক্তিকে গুরুতর অসুবিধা ছাড়া চলাফেরা করতে বাধা দেয়। (অনুগ্রহ করে বর্ণনা করুন)

আবেদনকারীর নাম: _____

(সম্পূর্ণ করতে হবে) বর্তমান চিকিৎসাগত রোগ নির্ণয় উল্লেখ করুন:_____
_____

চলাফেরার অক্ষমতা (অন্তত একটি নির্বাচন করুন):

☐ সাহায্য ছাড়া হাঁটার ক্ষমতা সীমিত। যেগুলি প্রযোজ্য, সবকটি নির্বাচন করুন ☐ বেতের লাঠি ☐ ওয়াকার ☐ হুইলচেয়ার ☐ ব্রেস ☐ কৃত্রিম অঙ্গ ☐ স্কুটার ☐ ক্রাচ ☐ অন্যান্য_____
☐ গুরুতর ফুসফুসের রোগের কারণে হাঁটতে উল্লেখযোগ্য অসুবিধা।
☐ থামা ছাড়া 200 feet হাঁটতে অক্ষম।
☐ গুরুতর হৃদরোগজনিত অবস্থা, যার ফলে অপর্যাপ্ত শারীরিক কার্যকারিতার কারণে শুধুমাত্র স্বল্প দূরত্ব চলাচল সম্ভব।
অন্যান্য অনুগ্রহ করে বর্ণনা দিন:
_____

আপনার আবেদনপত্রের সাথে অন্তর্ভুক্ত/সংযুক্ত করার জন্য প্রয়োজনীয় সহায়ক চিকিৎসার নথি:

☐ এই আবেদনের তারিখ থেকে এক (1) ক্যালেন্ডার বছরের মধ্যে তারিখযুক্ত আপনার সর্বশেষ পরীক্ষার নোট/চার্ট নোট।

শেষ পরীক্ষার তারিখ----/-----/-------- পরীক্ষার নোট সংযুক্ত করুন।

"টু হুম ইট মে কনসার্ন" বা "ডিয়ার ডক্টর" চিঠিগুলি, যাদের সাথে পরীক্ষার নোট এবং সহায়ক নথিপত্র নেই, রোগীর হাঁটার অক্ষমতা প্রমাণ করার জন্য যথেষ্ট নয় এবং আবেদনকারীর কাছে তা প্রত্যাখ্যান করা হবে অথবা ফেরত পাঠানো হবে।

☐ ডায়াগনস্টিক টেস্টিং এবং ইমেজিং রিপোর্ট (যেমন এক্স-রে রিপোর্ট, CT রিপোর্ট, MRI রিপোর্ট, ECG/স্ট্রেস টেস্ট রিপোর্ট, PFT রিপোর্ট, EMG ফলাফল, ছয় মিনিটের হাঁটার পরীক্ষা)।

মেডিকেল সংক্রান্ত সিডি বা ফিল্ম পাঠাবেন না কারণ সেগুলি গ্রহণযোগ্য হবে না।

ডায়াগনস্টিক টেস্টিং রিপোর্টের তারিখ (গুলি) ------/-----/-------- রিপোর্টগুলি সংযুক্ত করুন।

চিকিৎসা সংক্রান্ত নথির প্রয়োজনীয়তা সম্পর্কে কোনো প্রশ্ন থাকলে আবেদন জমা দেওয়ার আগে NYC Department of Health and Mental Hygiene-এর মেডিকেল সার্টিফিকেশন ইউনিটে কল করুন: আপনার আবেদন জমা দেওয়ার আগে 347-396-6552 নম্বরে কল করুন।

আপনার মতে, এই ব্যক্তির কি এমন কোনো অক্ষমতা আছে যার জন্য পরিবহনের জন্য ব্যক্তিগত গাড়ি ব্যবহার করতে *প্রয়োজন* হয়?

☐ হাঁ ☐ না

<u>আবেদনকারীর ব্যক্তিগত চিকিৎসকের সার্টিফিকেশন</u>:

আমি নিশ্চিত করছি যে আমি উপরে উল্লিখিত আবেদনকারীকে ব্যক্তিগতভাবে পরীক্ষা করেছি এবং এই আবেদনে এই ব্যক্তির অক্ষমতা সম্পর্কিত তথ্য সঠিক।

নিচে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আমি প্রত্যয়ন করছি যে আমি যে তথ্য প্রদান করছি তা সত্য ও সম্পূর্ণ এবং আমি বুঝতে পারছি যে যেকোনো মিথ্যা লিখিত বিবৃতি NYS Penal Law-এর ধারা 210.45 অনুযায়ী শাস্তিযোগ্য হতে পারে এবং এটি NYS Department of Health Office of Professional Medical Conduct-এও রিপোর্ট করা যেতে পারে।

M.D. বা D.O.-এর স্বাক্ষর	M.D. বা D.O.-এর নাম স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন	প্রফেশনাল লাইসেন্স নম্বর #, স্টেট
তারিখ	ঠিকানা	টেলিফোন নম্বর

New York City Department of Transportation
নিউ ইয়র্ক সিটির বিশেষ পার্কিং শনাক্তকরণ অনুমতিপত্র
প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য পার্কিংয়ের অনুমতিপত্র (PPPD)

NYC PPPD এর জন্য **তালিকা**

আপনার আবেদনপত্র সম্পূর্ণ করার জন্য, *অনুগ্রহ করে NYC PPPD আবেদনপত্র এবং চিকিৎসা ইতিহাস পৃষ্ঠার সমস্ত নির্দেশাবলী পড়ুন।*

যদি নিচের সমস্ত শর্তাবলী পূরণ না হয়, তাহলে আপনার আবেদনপত্র আপনাকে ডাকযোগে ফেরত পাঠানো হবে।

- ☐ আপনি কি আপনার পরিচয়পত্রের একটি কপি (স্টেট-জারি করা ড্রাইভিং লাইসেন্স বা নন-ড্রাইভার ID কার্ড, অথবা NYC মিউনিসিপ্যাল ID কার্ড (IDNYC)) সংযুক্ত করেছেন? [*পৃষ্ঠা 1-এ, নির্দেশাবলীতে* ***NYC PPPD আবেদনের সাথে আমাকে কী কী নথিপত্র সরবরাহ করতে হবে তা*** *দেখুন*]

- ☐ আপনি কি NYC PPPD-তে প্রদর্শিত প্রতিটি লাইসেন্স প্লেটের জন্য যাত্রীবাহী গাড়ির রেজিস্ট্রেশনের একটি কপি সংযুক্ত করেছেন? এগুলি কি সবই বর্তমান (মেয়াদোত্তীর্ণ হয়নি)? [*পৃষ্ঠা 1-এ, নির্দেশাবলীতে* ***কী ধরণের যানবাহনের তথ্য প্রয়োজন?*** *দেখুন*]

- ☐ আপনি কি নিশ্চিত করেছেন যে আপনার আবেদনপত্রে থাকা নাম এবং ঠিকানা আপনার পরিচয়পত্রে থাকা নাম এবং ঠিকানার সাথে মিলে যাচ্ছে?

- ☐ আপনার সহায়ক চিকিৎসা নথিতে থাকা নাম কি চিকিৎসা ইতিহাস পৃষ্ঠায় তালিকাভুক্ত নামের সাথে মিলে যায়? [***চিকিৎসা ইতিহাস,*** *পৃষ্ঠা 4 দেখুন*]

- ☐ আপনার চিকিৎসক কি চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য বিভাগটি সম্পূর্ণরূপে পূরণ করেছেন, যার মধ্যে চিকিৎসা ইতিহাস পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর এবং ডেটিং অন্তর্ভুক্ত রয়েছে? [***চিকিৎসা ইতিহাস,*** *পৃষ্ঠা 5 এ* দেখুন]

- ☐ **আপনার সমস্ত সহায়ক চিকিৎসা সংক্রান্ত নথিপত্র (যেমন, পরীক্ষার নোট/চার্ট নোট, এক্স-রে/CT/MRI রিপোর্ট, EKG/স্ট্রেস টেস্ট, পরামর্শদাতার রিপোর্ট ইত্যাদি) কি সংযুক্ত করা আছে? সমস্ত নথি কি আপনার আবেদন করার এক ক্যালেন্ডার বছরের মধ্যে?**

- ☐ আপনার আবেদনপত্র কি সম্পূর্ণরূপে পূরণ করা হয়েছে? আপনি কি আবেদনপত্রে তারিখ সহ স্বাক্ষর করেছিলেন?

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