



**Инструкции и форма заявления
Специальное разрешение города Нью-Йорка на парковку
{также называется Разрешение города Нью-Йорка на парковку для
людей с ограниченными возможностями (NYC PPPD)}**

Для улучшения обслуживания граждан
Отдел разрешений на парковку для людей с ограниченными возможностями (PPPD)
Департамента транспорта города Нью-Йорка (NYC DOT) составил список часто задаваемых
вопросов, которые помогут новым заявителям оформить разрешение.

**Как узнать, могу ли я получить разрешение города Нью-Йорка на парковку для людей
с ограниченными возможностями (NYC PPPD)?**

Подать заявление могут как жители города Нью-Йорка, так и нерезиденты, проживающие в США.
Вы можете получить такое разрешение, если:

- вам для передвижения необходим личный автомобиль;
- у вас имеется постоянная инвалидность, существенно ограничивающая мобильность.

Какие документы нужно представить вместе с заявлением на получение разрешения NYC PPPD?

Вместе с заполненным заявлением необходимо представить следующие документы:

- Копия действующей карты регистрации пассажирского транспортного средства для каждого номерного знака, указанного в заявлении. Фотография регистрационной наклейки НЕ принимается. **Обратите внимание, что в NYC PPPD нельзя указывать номерные знаки коммерческих автомобилей, дилерские номерные знаки и номерные знаки арендных автомобилей.**
- Выданное штатом водительское удостоверение, удостоверение личности без права вождения или муниципальное удостоверение личности Нью-Йорка (карта IDNYC). Имя и адрес, указанные в заявлении, должны совпадать с именем и адресом, указанными в удостоверении личности.
- **Медицинские документы с подтверждением инвалидности (выданные не ранее одного календарного года до даты заявления), выданные врачом (MD) или остеопатом (DO) и заверенные врачом, назначенным Департаментом здравоохранения и психической гигиены города Нью-Йорка (далее «Департамент здравоохранения города Нью-Йорка»).** **Обратите внимание, что врач-подиатр (D.P.M.) не может заверять заявление или отправлять документы. Также обратите внимание на следующее:**
 - Медицинские документы должны включать разборчивое заключение о медицинском осмотре, подписанное врачом, и заключения или результаты диагностического исследования. Не прилагайте к документам компакт-диски (CD) и рентгеновские снимки.
 - В заключении медицинского осмотра должна быть указана степень ограничения мобильности (способности ходить).
 - Письма с указанием «To Whom It May Concern» или «Dear Doctor» принимаются только вместе с приложенным заключением медицинского осмотра и подтверждающими документами.

Если у вас есть вопросы относительно требований к медицинским документам, позвоните в Отдел медицинского освидетельствования Департамента здравоохранения города Нью-Йорка по телефону 347-396-6552 до подачи заявления.

Какую информацию о транспортном средстве необходимо указать?

Заявитель обязан представить копию действующего документа о регистрации легкового

автомобиля для каждого номерного знака, который будет указан в разрешении (максимум три номерных знака). **Не присылайте фотографии наклейки на ветровом стекле автомобиля. NYC DOT не принимает заявления на номерные знаки, по которым имеются неурегулированные судебные постановления о нарушениях правил парковки в Департаменте финансов города Нью-Йорка (DOF).** Дополнительную информацию о неурегулированных судебных постановлениях о нарушениях правил парковки см. на сайте DOF по адресу nyc.gov/DOF. **Внимание! Если вы хотите указать арендованное транспортное средство, необходимо приложить копию договора аренды этого транспортного средства.**

Как подать заявление?

- Просмотрите и подпишите заявление.
- Приложите все необходимые документы, указанные в форме заявления, в том числе подтверждающие медицинские документы, и отправьте заполненное заявление по адресу:

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

***Внимание!** Заявление от имени заявителя может также подать супруг (супруга), домашний партнер согласно разделу 1-112(21) Административного кодекса города Нью-Йорка, родитель, опекун или другое физическое лицо, несущее юридическую ответственность за управление повседневными делами этого заявителя. Имя и фамилия должны быть указаны в заявлении точно так, как они обозначены в удостоверении личности. Неполное заявление возвращается отправителю.*

Что произойдет после получения моего заявления?

- Отдел PPPD рассмотрит все документы, чтобы подтвердить полноту оформления заявления. Если заявление неполное, оно будет возвращено вам вместе с письмом, в котором будет указано, какая информация отсутствует.
- Если заявление полное, Отдел PPPD направит его для рассмотрения в Отдел медицинского освидетельствования Департамента здравоохранения города Нью-Йорка. Заявление и подтверждающие медицинские документы рассматриваются врачом, назначенным Департаментом здравоохранения города Нью-Йорка. Решение принимается на основании представленной вами информации, подтверждающей серьезное нарушение мобильности, как это определено в разделе 16-02 статьи 24 Свода правил города Нью-Йорка (Rules of the City of New York).
- Если Департамент здравоохранения города Нью-Йорка одобрит ваше заявление, Отдел PPPD выдаст вам разрешение.
- Если Департамент здравоохранения города Нью-Йорка отклонит ваше заявление, Отдел PPPD пришлет вам письмо с подробным описанием процедуры обжалования.
- Рассмотрение заявления может занять до 90 рабочих дней.

Вся информация, предоставленная вместе с заявлением, считается конфиденциальной. Все последующие медицинские документы, представленные в Департамент здравоохранения города Нью-Йорка, также считаются конфиденциальными. Предоставленная информация передается только лицам, участвующим в процедуре подтверждения и/или выдачи разрешения, в той степени, в какой это разрешено или требуется законом.

Если у вас есть вопросы об этом заявлении, позвоните в службу поддержки клиентов по телефону 718-433-3100. Номер для пользователей телетайпа (TTY): 212-504-4115.

Мы рады оказать вам помощь и благодарим вас за сотрудничество!

Жители города Нью-Йорка могут получить форму регистрации избирателя (Voter Registration Form) на сайте по адресу vote.nyc.ny.us или заказать ее в избирательной комиссии (Board of Elections) по телефону 212-868-3692 или через кол-центр по телефону 866-VOTE-NYC. Для получения государственных услуг не требуется регистрация в качестве избирателя.



Департамент транспорта города Нью-Йорка

СПЕЦИАЛЬНОЕ РАЗРЕШЕНИЕ ГОРОДА НЬЮ-ЙОРКА НА ПАРКОВКУ
РАЗРЕШЕНИЕ НА ПАРКОВКУ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ (PPPD)

Заявление на получение **ГОРОДСКОГО** разрешения на парковку для людей с ограниченными возможностями

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЛИЧНОСТИ: *приложите копию выданного штатом водительского удостоверения, удостоверения личности без права вождения или муниципального удостоверения личности Нью-Йорка (карты IDNYC).*

А. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ*		УДОСТОВЕРЕНИЕ ЛИЧНОСТИ №		ОТМЕТЬТЕ ОДИН ВАРИАНТ (при необходимости укажите штат):	
*Лицо с ограниченными возможностями				☐ Водительское удостоверение Штат ____ ☐ Удостоверение личности без права вождения Штат ____ ☐ Карта IDNYC	
Фамилия		Имя		Средний инициал	
				Номер социального страхования (только последние 4 цифры)	
Домашний адрес: Улица и номер квартиры			Пол (отметьте): ☐ М ☐ Ж		Рост (в футах и дюймах)
Город		Штат	Индекс	Домашний телефон	Мобильный телефон
Дата рождения		Адрес электронной почты			
В. НОМЕРНЫЕ ЗНАКИ. Вы должны представить копию действующего документа о регистрации пассажирского автомобиля для каждого указанного номерного знака. Представленные документы о регистрации автомобилей будут проверены на наличие нарушений правил парковки в городе Нью-Йорке. Номерные знаки, по которым имеется неурегулированное судебное постановление о нарушении правил парковки, не будут указаны в вашем разрешении. В каждое разрешение можно вносить только три номерных знака.					
1.		2.		3.	
С. ЗАВЕРЕНИЕ Осознавая ответственность, предусмотренную § 210.45 Уголовного кодекса штата Нью-Йорк, я заявляю, что содержащиеся в настоящем документе сведения являются, в меру моей осведомленности и убеждений, правдивыми и верными, и что я не делал(а) сознательно и преднамеренно ложных заявлений и не предоставлял(а) заведомо ложную информацию. Я понимаю, что любая предоставленная здесь информация будет передана только лицам, занимающимся выдачей разрешений, в той мере, в какой это разрешено или требуется по закону.					
ДАТА		ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ* (только)			
ПРИМЕЧАНИЕ. Если в выданном штатом удостоверении личности заявителя вместо подписи значится «Не могу подписать» (Unable to Sign) или если заявитель несовершеннолетний, оставьте поле «Подпись заявителя» пустым. Лицо, несущее ответственность за управление повседневными делами заявителя, должно заполнить раздел D ниже.					
Д. НАЗНАЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ Если заявителю менее 18 лет, родитель, опекун или другое лицо, несущее юридическую ответственность за управление повседневными делами заявителя, должно заполнить поля ниже и поставить подпись. Если заявитель не может подписать заявление, говорить или самостоятельно управлять своими делами, супруг(а), домашний партнер, опекун или другое лицо, несущее юридическую ответственность за управление повседневными делами заявителя, должно заполнить поля ниже и поставить подпись.					
ИМЯ И ФАМИЛИЯ		ТЕЛЕФОН		СТЕПЕНЬ РОДСТВА	
ПОДПИСЬ НАЗНАЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ					

СВЕДЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ПРИМЕЧАНИЕ. ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВАШИМ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ (M.D. или D.O.)

АНАМНЕЗ И СОСТОЯНИЕ пациента:

Имя и фамилия заявителя (как указаны в выданном штатом водителском удостоверении, удостоверении личности без права вождения или карте IDNYC):

Имя и фамилия заявителя, указанные в медицинской карте (если отличаются):

Дата рождения заявителя - -

Имя и фамилия заявителя

Заявление и подтверждающие медицинские документы рассматриваются врачом, назначенным Департаментом здравоохранения города Нью-Йорка. Решение принимается на основании представленной вами информации, подтверждающей серьезное нарушение мобильности, как это определено в разделе 16-02 статьи 24 Свода правил города Нью-Йорка (Rules of the City of New York). **Заболевания или нарушения (выберите хотя бы один вариант):**

- ☐ **Полная моноплегия или параплегия нижних конечностей.**
- ☐ **Ампутация нижних конечностей выше лодыжки** (на усмотрение осматривающего врача). Наличие хорошо подогнанного протеза ниже колена с нормальной походкой обычно не следует рассматривать как нарушение мобильности.
- ☐ **Артрит двух основных опорных суставов нижних конечностей** с явно видимыми на рентгеновском снимке и/или снимке МРТ существенными изменениями, такими как потеря суставного пространства, выраженные дегенеративные изменения, а также один или несколько из следующих признаков:
 - (1) значительный выпот в суставе (суставах), выявленный при клиническом осмотре;
 - (2) выраженная нестабильность или вальгусная/варусная деформация сустава (суставов), выявленная при клиническом осмотре;
 - (3) анкилоз или контрактура основного сустава (суставов) в степени, препятствующей нормальному подъему по лестнице.

Протезирование сустава само по себе не является достаточным основанием, кроме случаев, когда оно сопровождается одним или несколькими из вышеперечисленных признаков.

- ☐ **Выраженная атрофия одной или обеих нижних конечностей** (или разница длины ног более трех дюймов), которая явно и существенно ограничивает мобильность.

☐ **Тяжелые аномалии позвоночника** с явным нарушением двигательной функции, не поддающиеся лечению с помощью ортезов или хирургического вмешательства, которые приводят к серьезному и необратимому нарушению мобильности. Рентгенологические снимки, указывающие на артрит позвоночника, с болью или без нее, не являются достаточным основанием для одобрения заявления. Перед принятием решения должны быть доступны для просмотра результаты КТ, МРТ и/или ЭМГ.

☐ **Неврологические заболевания**, такие как рассеянный склероз, миастения гравис, миопатии, болезнь Паркинсона и болезнь Альцгеймера, поражающие обе нижние конечности и серьезно ограничивающие мобильность. При необходимости заявитель должен предоставить объективную медицинскую документацию (например, результаты МРТ, ЭМГ, исследования нервной проводимости и т. п.).

☐ **Тяжелые сердечно-сосудистые и периферические сосудистые заболевания**, приводящие к нарушению мобильности. Сердечно-сосудистые заболевания должны соответствовать критериям АНА класса III или IV; наличие значительной патологии и/или нетрудоспособности должно быть подтверждено результатами ЭКГ под нагрузкой, эхокардиографии, доплерографии, теста 6-минутной ходьбы или других диагностических исследований.

☐ **Заболевания легких с документально подтвержденными признаками тяжелой обструктивной или рестриктивной патологии** по результатам исследования функции легких. В качестве доказательства нарушения также принимаются документы, подтверждающие использование дополнительного кислорода в течение более 12 часов в день.

☐ **Почечная недостаточность, требующая частого диализа**, со значительными объективными признаками неврологических или гемолитических аномалий.

☐ **Злокачественные новообразования любой категории, требующие проведения химиотерапии и/или лучевой терапии или других медицинских вмешательств, которые постоянно и серьезно ограничивают мобильность.**

☐ **Постполиомиелитный синдром**, который по результатам осмотра явно и серьезно ограничивает мобильность.

☐ **СПИД-ассоциированные заболевания**, в том числе периферическая нейропатия, синдром истощения, демиелинизация, которые по результатам физического обследования серьезно ограничивают мобильность.

☐ **Психические заболевания**, приводящие к тяжелым интеллектуальным нарушениям, подтвержденные соответствующим психологическим освидетельствованием для индивидуальной образовательной программы (IEP), которые приводят к необратимому и серьезному нарушению мобильности.

☐ **Врожденные заболевания** любого типа (в том числе церебральный паралич, расщепление позвоночника и синдром Дауна), которые явно приводят к необратимому и серьезному нарушению мобильности.

☐ **Любая другая** постоянная нетрудоспособность, которая в конкретных обстоятельствах существенно ограничивает мобильность заявителя, включая, в частности:

☐ официально признанную слепоту или тяжелые нарушения зрения согласно определению, действующему в штате Нью-Йорк;

☐ не указанное выше физическое или психическое расстройство или заболевание, которое приводит к равнозначной степени нетрудоспособности, создает необычные трудности при передвижении и не позволяет человеку передвигаться без больших затруднений (опишите).

Имя и фамилия заявителя: _____

(Заполнение обязательно) Укажите текущий медицинский диагноз: _____

Нарушение мобильности (выберите хотя бы один вариант):

- ☐ Ограниченная способность ходить без посторонней помощи. Выберите все подходящие варианты. ☐ Трость
☐ Ходунки ☐ Инвалидная коляска ☐ Ортез
☐ Протез ☐ Скутер ☐ Костыли ☐ Другое _____
☐ Значительные трудности при ходьбе из-за тяжелого заболевания легких.
☐ Невозможно пройти 200 футов без остановки.
☐ Тяжелое заболевание сердца, требующее передвижения только на короткие расстояния из-за сердечной недостаточности.
Другое (опишите): _____

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ подтверждающие медицинские документы, которые необходимо приложить к заявлению:

☐ Самые недавние результаты осмотра/медицинские записи, датированные не ранее чем за 1 (один) календарный год до даты заявления.

Дата последнего осмотра: -----/-----/----- Приложите заключение медицинского осмотра.

Письма с указанием «To Whom It May Concern» или «Dear Doctor» без сопроводительного заключения осмотра и подтверждающих документов НЕ являются достаточным основанием для подтверждения неспособности пациента ходить и будут отклонены или возвращены заявителю.

☐ Отчеты о результатах диагностических тестов и исследований с визуализацией (например, результаты рентгенологического обследования, КТ, МРТ, ЭКГ или ЭКГ под нагрузкой, ИФЛ, ЭМГ, теста 6-минутной ходьбы).

НЕ ОТПРАВЛЯЙТЕ КОМПАКТ-ДИСКИ С МЕДИЦИНСКИМИ ДАННЫМИ и РЕНТГЕНОВСКИЕ СНИМКИ! Такие материалы НЕ принимаются.

Дата (даты) отчетов о диагностическом тестировании: -----/-----/----- Приложите отчеты.

Если у вас есть вопросы относительно требований к медицинским документам, позвоните в Отдел медицинского освидетельствования Департамента здравоохранения и психической гигиены города Нью-Йорка по телефону 347-396-6552 до подачи заявления.

По вашему мнению, у этого пациента имеется ограничение возможностей, *требующее* использования личного автомобиля для транспортировки?

☐ Да ☐ Нет

Подтверждение состояния заявителя его лечащим врачом:

Я подтверждаю, что лично провел(а) осмотр указанного выше заявителя и что указанная в этом заявлении информация о характере нетрудоспособности этого лица достоверна.

Своей подписью ниже я подтверждаю, что указанная мной информация достоверна и полна. Я также понимаю, что ложные письменные утверждения преследуются согласно разделу 210.45 Уголовного кодекса штата Нью-Йорк. Я также понимаю, что информация о сделанных мной ложных записях может быть передана в Службу профессиональной медицинской этики (Office of Professional Medical Conduct) Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк.

ПОДПИСЬ M.D. или D.O. ИМЯ И ФАМИЛИЯ

M.D. или D.O. (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) НОМЕР

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЛИЦЕНЗИИ, ШТАТ

ДАТА

АДРЕС

ТЕЛЕФОН



Департамент транспорта города Нью-Йорка
СПЕЦИАЛЬНОЕ РАЗРЕШЕНИЕ ГОРОДА НЬЮ-ЙОРКА НА ПАРКОВКУ
РАЗРЕШЕНИЯ НА ПАРКОВКУ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ (PPPD)

КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК для NYC PPPD

Чтобы полностью заполнить заявление, прочитайте все инструкции, приведенные в форме заявления NYC PPPD и на странице «Сведения о заболеваниях».

Если все перечисленные ниже требования не выполнены, ваше заявление будет отправлено вам обратно по почте.

- ☐ Вы приложили копию своего удостоверения личности (водительского удостоверения, удостоверения личности без права вождения или муниципального удостоверения личности Нью-Йорка (карты IDNYC))? [См. раздел **«Какие документы нужно представить вместе с заявлением на получение разрешения NYC PPPD?»** на стр. 1 инструкций]
- ☐ Вы приложили копию документа о регистрации пассажирского автомобиля для каждого номерного знака, который будет указан в NYC PPPD? Все эти документы действительны (не просрочены)? [См. раздел **«Какую информацию о транспортном средстве необходимо указать?»** на стр. 1 инструкций]
- ☐ Вы проверили, что имя, фамилия и адрес, указанные в вашем заявлении, совпадают с именем, фамилией и адресом, указанными в вашем удостоверении личности?
- ☐ Имя и фамилия, указанные в ваших подтверждающих медицинских документах, совпадают с именем и фамилией, указанными на странице «Сведения о заболеваниях»? [См. раздел **«Сведения о заболеваниях»**, стр. 4]
- ☐ Ваш врач полностью заполнил раздел о медицинской информации и поставил подпись и дату на странице «Сведения о заболеваниях»? [См. раздел **«Сведения о заболеваниях»**, стр. 5]
- ☐ Вы приложили все подтверждающие медицинские документы (например, результаты осмотра/медицинские записи, результаты рентгенологического обследования, КТ, МРТ, ЭКГ или ЭКГ под нагрузкой, заключения специалистов и т. д.)? Все документы датированы не ранее чем за один календарный год до даты заявления?
- ☐ Ваше заявление заполнено полностью? Вы поставили в заявлении подпись и дату?