

CIUDAD DE BOSTON



Programa de estacionamientos accesibles en la calle

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD

Gracias por tomarse el tiempo para leer estas instrucciones antes de presentar su solicitud para una espacio de estacionamiento accesible (APS, en ingles). Siguiendo estas instrucciones cuidadosamente ayudará a evitar retrasos durante nuestro proceso de revisión para determinar su elegibilidad de manera oportuna.

Por favor, asegúrese de responder completamente a TODAS las preguntas. Las solicitudes incompletas serán devueltas.

***** IMPORTANTE *****

Todos los documentos de apoyo enumerados a continuación deben de ser incluidos con la solicitud:

- Copia de la registración del vehículo que tenga la misma dirección a la residencia del solicitante
- Copia de la tarjeta de estacionamiento para discapacitados con foto, número de identificación y fecha de vencimiento
- Copia del permiso de conducir de MA con foto y fecha de vencimiento
- Formulario médico firmado por su doctor y que tenga la fecha de 60 días a partir de la solicitud

Toda la información debe estar impresa de forma clara y legible. Confiamos en la evaluación de su médico sobre sus cualificaciones, por lo que le rogamos que no nos envíe ningún historial médico, resultados de pruebas, radiografías o fotografías relacionadas con su discapacidad. No tenemos personal médico para evaluar la discapacidad del solicitante.

El trámite de las solicitudes puede tardar entre 4 y 6 semanas, dependiendo de diversas circunstancias y condiciones. Se le notificará por correo la aprobación o rechazo.

***** Mantenga una copia de su solicitud y de los documentos de apoyo para su récord *****

PRESENTAR LAS SOLICITUDES COMPLETAS A NUESTRA OFICINA

Envíe por correo o entregue en persona:

Mayor's Commission for Persons with Disabilities
One City Hall Square, Room 967
Boston, MA 02201

Escanear y enviar por correo electrónico:

disability@boston.gov
Fax: 617.635.2726

Updated 10/2021

CIUDAD DE BOSTON



COMISIÓN DE DISCAPACIDADES

Mayor Michelle Wu
Solicitud para el Programa de Estacionamiento
Accesible en la Calle
PARA PASAJEROS ÚNICAMENTE

Enviar la solicitud a: Boston City Hall, One City Hall Square – Room 967, Boston, MA 02201
Teléfono: 617-635-3682 Fax: 617-635-2726 Teletipo o TTY: 617-635-2541

Si siempre o a veces es el conductor, por favor, pare aquí y complete la solicitud del conductor. La solicitud debe presentarse a la Comisión de Discapacidades con un plazo de (60) días a partir de la certificación del proveedor de cuidado médico. Debe de incluir todos los documentos requeridos. Es posible que se requiera documentación adicional.

***** IMPORTANTE *****

Todos los documentos de apoyo enumerados a continuación deben de ser incluidos con la solicitud:

- Copia de la registración del vehículo que tenga la misma dirección a la residencia del solicitante
- Copia de la tarjeta de estacionamiento para discapacitados con foto, número de identificación y expiración
- Copia del permiso de conducir de MA con foto y fecha de vencimiento
- Formulario médico firmado por su doctor y que tenga la fecha de 60 días a partir de la solicitud

Toda su información debe estar impresa de forma clara y legible, incluyendo la sección de documentación médica completada por su doctor. Nuestra oficina no cuenta con personal médico para evaluar las discapacidades de los solicitantes. Confiamos en la evaluación de su médico, por lo que le rogamos que no nos envíe ningún historial médico, resultados de pruebas, radiografías o fotografías de su estado de salud. El tramite de las solicitudes puede tardar entre 4 a 6 semanas, dependiendo de diversas circunstancias y condiciones. Se le notificará por correo o correo electrónico la aprobación o denegación.

***** Mantenga una copia de su solicitud y de los documentos de apoyo para su récord *****

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

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento: _____ número de teléfono _____

Correo electrónico (requerido) _____

Dirección residencial (donde realmente vive)

Dirección _____ Vecindad _____ código postal _____

Dirección postal (si es diferente)

Dirección _____ Vecindad _____ código postal _____

¿Tiene empleo? Si No

Si la respuesta es "Si," ¿tienen empleo de tiempo completo o medio tiempo? tiempo completo medio tiempo

Si la respuesta es "Si," ¿cuál es su ocupación? _____

2. INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO (La persona que proporciona transporte principal al SOLICITANTE)

Apellido del conductor principal _____ Nombre del conductor principal _____

Dirección _____ # de unidad _____ Vecindad _____ código postal _____

Relación del conductor principal con el solicitante _____

¿Tiene empleo el conductor principal? Sí No

Si el conductor principal tiene trabajo ¿Cual es su horario de trabajo? tiempo complete medio tiempo otro

¿Cuál es la disponibilidad del conductor principal para conducir al solicitante? mañanas tardes tardes/noches

fines de semana

¿Con qué frecuencia sale el solicitante de casa utilizando este vehículo? Diariamente Semanalmente Otro (¿con qué frecuencia?) _____

¿Dónde lleva el conductor principal al solicitante? Viajes al trabajo Compra Médico Otros _____

3. INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO (El vehículo DEBE estar registrado y ubicado en la dirección del solicitante)

Marca del vehículo _____ Modelo _____ Número de matrícula _____

Número de placa para discapacitados del RMV de MA _____ Fecha de vencimiento _____

Número de licencia de conducir de MA del conductor principal _____ Fecha de vencimiento _____

¿El vehículo está modificado con equipo de adaptación (rampa, ascensor, controles manuales, etc.)? Sí No

Si la respuesta es, "Si". Por favor describa las modificaciones _____

4. INFORMACIÓN SOBRE LA PROPIEDAD

¿Usted o un familiar es el dueño de la propiedad donde está solicitando la instalación del Espacio Accesible? Si No

¿Hay algún tipo de estacionamiento fuera de la calle en esta dirección, una entrada, un estacionamiento o un garaje? Sí No

***** IMPORTANTE - Debe informar sobre TODOS los estacionamientos fuera de la vía pública que existen en esta dirección, aunque no pueda utilizarlos *****

Si ha contestado "Sí", ¿puede y está autorizado para utilizar el estacionamiento fuera de la calle? Sí No

Si NO puede utilizar el aparcamiento fuera de la calle, explique por qué: _____

¿Reside en esta dirección todo el año, sin periodos prolongados fuera de allí? Sí No

¿Existen señales de estacionamiento accesible colocadas frente a su residencia? Sí No

¿Cuántos espacios de estacionamientos accesibles hay en la cuadra donde vive? 0 1 2 3 Otros _____

Marque todas las restricciones de estacionamiento en esta dirección: no hay estacionamiento hidrante parada de autobus calle de una sola via

¿En qué piso de esta la propiedad donde vive? Sótano 1 2 3 4 Otro

¿Como usted entra a su casa/unidad? Rampa Ascensor o Elevador

Escaleras (# de tramos de escaleras _____)

5. INFORMACIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD

¿Cuál es su discapacidad? _____

¿Es: Permanente Temporal? (¿cuánto tiempo? _____)

¿Qué SÍNTOMAS afectan su habilidad para caminar? _____

¿Cuántas cuadras de la ciudad puede caminar sin pararse a descansar? _____

¿Depende de algún dispositivo de movilidad? Sí No

¿Qué dispositivos? Silla de ruedas Oxígeno portátil Prótesis Andador auxiliar Cane Otro

6. AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que la información que he proporcionado arriba es verdadera y exacta. Comprendo perfectamente que la instalación de señales de Estacionamiento Accesible en mi residencia no reserva un espacio de estacionamiento para mi uso personal. Lo que esto hace es que haya un espacio disponible para el uso de cualquier vehículo con una placa o rótulo válido para discapacitados. Comprendo que el uso indebido o la violación de este acuerdo puede terminar en que el rótulo sea removido.

Firma del solicitante

Fecha

CIUDAD DE BOSTON



Programa de estacionamientos accesibles en la calle

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

- El programa de espacios de estacionamientos accesibles está diseñado para los residentes de Boston que tengan limitaciones severas de movilidad que les impide caminar más de una cuadra desde el lugar donde estaciona su vehículo en la calle a su casa y de su casa hacia su vehículo.
- Los solicitantes deben de tener una discapacidad que dure un mínimo de 12 meses, certificada por su médico, que incluya tanto un diagnóstico como los síntomas, así como una explicación de las formas en que esta discapacidad restringe la movilidad del solicitante para caminar cualquier distancia sin ayuda.
- Las discapacidades y las condiciones médicas por sí solas no pueden calificar a cada solicitante para obtener un espacio de estacionamiento. Debido a la cantidad limitada de estacionamientos en la calle en la ciudad, cada solicitud se evalúa basado en una serie de factores, incluido el estacionamiento fuera de la calle.
- La posesión de una placa de estacionamiento para discapacitados/placa para veteranos discapacitados del Registro de Motores y Vehículos (RVM) de Massachusetts no garantiza la aprobación de un espacio de estacionamiento accesible.
- La elegibilidad médica para este programa puede ser diferente que los requisitos para una Placa de Estacionamiento para Discapacitados/Placa de Licencia para Discapacitados/Placa para Veteranos Discapacitados del RMV. Para poder calificar para un espacio, los solicitantes deben tener normalmente una discapacidad de naturaleza de movilidad, mientras que el RMV de MA suele aprobar a aquellos con discapacidades que no están relacionados a la movilidad, como personas con discapacidades visuales, discapacidades intelectuales o la pérdida de una mano o de los dedos.
- Los solicitantes que no sean médicamente dependientes de dispositivos de asistencia como una silla de ruedas, un scooter, un andador, un bastón, muletas, oxígeno portátil o prótesis, pueden ser considerados no elegibles.
- Este programa no tiene ninguna categoría de elegibilidad "automática", como las personas mayores o las que tienen una condición diagnosticada como artritis, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, estenosis espinal o cualquier otro tipo de discapacidad.

CIUDAD DE BOSTON



Programa de estacionamientos accesibles en la calle

REQUISITOS GENERALES DE ELEGIBILIDAD

- Los solicitantes deben ser residentes de tiempo completo y durante todo el año en la ciudad de Boston, ya sea como inquilinos o como propietarios, que no pasen largos periodos de tiempo fuera de su residencia, como por ejemplo si viven en las instalaciones de la universidad durante el año escolar o si se van durante los meses de invierno.
- Los solicitantes deben tener una placa de estacionamiento para discapacitados/placa para veteranos discapacitados válida emitida por el Registro de Vehículos Motorizados de Massachusetts (RMV, por sus siglas en inglés).
- Los solicitantes NO deben tener un espacio para estacionar particular fuera de la calle en su residencia que sea accesible y esté disponible para ellos, como una entrada, un garaje, una zona de estacionamiento o un espacio de estacionamiento con escritura.
- Los solicitantes deben tener un vehículo registrado en su dirección que se utilice principalmente para su transporte personal, ya sea como conductor o como pasajero - NO hay excepciones a este requisito.
- Los solicitantes que no manejan y pueden ser recogidos y dejados razonablemente en frente de su residencia, o que sean pasajeros y no utilicen sus vehículos a diario, pueden ser rechazados - este programa es para proveer una mayor accesibilidad a los residentes con discapacidades, y no es para brindar estacionamiento a sus familiares.
- Los solicitantes que sólo sean pasajeros y no manejan deben de vivir en la misma dirección que el conductor principal.
- Los solicitantes que son recogidos y dejados por un servicio de transporte/van no son elegibles para este programa - no podemos instalar rótulos de Estacionamiento Accesible para recoger y dejar o zona de carga de pasajeros.
- Los solicitantes deben cumplir con todos los requisitos médicos, incluyendo tener un diagnóstico, así como síntomas de una discapacidad ambulatoria severa que les prohíbe caminar más de una cuadra de la ciudad.
- Cualquier falsificación antes de que empiece a completar los formularios de solicitud, con intención o por accidente, o el mal uso de los rótulos de Estacionamiento Accesible una vez instaladas, serán anuladas y los rótulos serán retirados inmediatamente.
- El Programa de Espacios de Estacionamiento Accesible de la Ciudad de Boston es un programa conjunto de la Comisión de Discapacidades de Boston y el Departamento de Transporte de Boston para acomodar a los residentes con limitaciones extremas de movilidad y su habilidad de caminar. Debido al número limitado de espacios de estacionamiento en la calle en toda la ciudad, no podemos aprobar todas las solicitudes que se presentan en nuestra oficina.

CIUDAD DE BOSTON



Programa de estacionamientos accesibles en la calle

NORMAS Y REGLAMENTOS

- La instalación de un espacio de estacionamiento accesible no significa la reservación de un espacio de estacionamiento para el uso personal de ningún individuo - estos espacios pueden ser utilizados por cualquier vehículo con una Placa de Estacionamiento para personas con Discapacidad/Placa de Licencia para personas con Discapacidad/Placa para Veteranos con Discapacidad válida emitida por el Registro de Vehículos Motorizados de Massachusetts (RMV, por sus siglas en inglés), cualquier otro estado de los Estados Unidos o Canadá.
- Al estacionar su vehículo en un Espacio de Estacionamiento Accesible no implica que los vehículos no deben de cumplir con los otros reglamentos de estacionamiento en la calle, siga las normas de los rótulos de Limpieza de Calles, Emergencia de Nieve y otras.
- Los vehículos que muestren una Placa de Estacionamiento para Discapacitados/Placa de Licencia para Discapacitados/Placa de Veteranos Discapacitados válidos PUEDEN estacionar en los Espacios de Estacionamiento Accesibles en los vecindarios que tienen "Estacionamiento Sólo para Residentes."
- Los vehículos que muestren una Placa de Estacionamiento para Discapacitados/Placa para Veteranos Discapacitados válida NO PUEDEN estacionarse en espacios estándares en la calle en vecindarios que tienen "Estacionamiento para Residentes" a menos que tengan una calcomanía de Estacionamiento para Residentes.
- La instalación de un espacio de estacionamiento accesible tiene una duración de uno a dos años, después debe ser renovada por el solicitante. El espacio puede ser eliminado si no se presenta la documentación de renovación en nuestra oficina.
- Los espacios de estacionamientos accesibles pueden eliminarse si se produce un cambio en la discapacidad, la residencia o la situación de elegibilidad del solicitante. El solicitante o un miembro de su familia está obligado a notificar a la Comisión si se produce alguno de estos cambios.
- Los rótulos de estacionamiento accesible son propiedad de la Ciudad de Boston y no deben ser alterados, como por ejemplo ser instalados o eliminados por particulares, pintar los postes, aceras o cualquier otro uso indebido de los rótulos.
- Cualquier uso incorrecto, abuso o violación de estas Normas y Reglamentos, o el mal uso del Espacio de Estacionamiento Accesible después de la instalación, serán tomados muy seriamente y los rótulos serán eliminados.
- El Programa de Espacios de Estacionamiento Accesible de la Ciudad de Boston es un programa conjunto de la Comisión de Discapacidades de Boston y el Departamento de Transporte de Boston para acomodar a los residentes con limitaciones extremas de movilidad y su capacidad de caminar. Debido al número limitado de espacios de estacionamiento en la calle en toda la ciudad, no podemos aprobar todas las solicitudes que se presentan en nuestra oficina.

Updated 10/2021

CITY OF BOSTON



DISABILITIES COMMISSION

Mayor Michelle Wu

On-Street Accessible Parking Space Program

Medical Documentation Form

This form must be filled out completely by the applicant's Primary Care Physician or a Licensed Specialist. Information must include the Physician's registration number and their signature. Please type or print clearly.

Instructions for Provider: Your patient, named below, is applying for an On-Street Accessible Parking Space (aka Accessible Space) near their home in the City of Boston. To qualify for this program, we need specific information from you about your patient's medical diagnosis and functional limitations. A person must have a physical limitation which prevents them from getting to their home from an on-street parking space farther than one block away. Please read this form in its entirety and complete it accurately to the best of your knowledge only for those patients who you have personally treated and diagnosed with a severely limited ability to walk.

Patient (Applicant) Name: _____ Date of Birth: _____

Clinical Diagnosis (Required): _____ (NO ICD CODES)

Describe Patient SYMPTOMS: _____

Duration of patient's disability (Check One): x Permanent x Temporary (How long? _____)

How does this medical condition affect their ability to walk? _____

How many city blocks can this patient walk? [] 1 [] 1 1/2 [] 2 [] 3 [] Other _____

Have you prescribed any medically necessary mobility devices for this patient? [] Yes [] No

->If "yes," which devices have you prescribed? [] Wheelchair [] Portable oxygen [] Cane [] Other _____

How long has this patient been under your care for this condition? _____

How often do you see this patient? [] Annually [] Monthly [] Weekly [] Other _____

Does this patient receive medical treatment / therapy outside of their home on a regular basis? [] Yes [] No

->If "Yes," what treatment / therapy do they receive? _____

->How often do they leave their home for this treatment? [] Daily [] Weekly [] Other _____

Healthcare Provider Certification and Signature (Required)

I am: [] Medical Doctor [] Chiropractor [] Registered Nurse [] Physician Assistant [] Other _____

Provider's Name (printed clearly): _____

MA Board of Registration Number: _____

Phone Number: _____

Name of Hospital/Clinic of Medical Practice: _____

Address of Medical Practice: _____

I hereby certify that the above information is true and accurate under the pains and penalties of perjury.

Provider Signature

Date