



SOLICITUD PERMISO DE ESTACIONAMIENTO EN FORMA DE
RÓTULO REMOVIBLE PARA PERSONAS CON IMPEDIMENTOS FÍSICOS

Form fields for type of application: Solicitud Nueva, Renovación, Duplicado, Permanente, Temporero

Form fields for personal information: Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre, Inicial

Form fields for birth information: Fecha de Nacimiento (Día, Mes, Año), Sexo (M, F)

Form fields for license information: Número y Categoría de Licencia de Conducir de Puerto Rico, Seguro Social

Form field for postal address: Dirección Postal

Form field for physical address: Dirección Física

Form fields for phone numbers: Teléfono Residencial, Teléfono Trabajo, Teléfono Celular

Form fields for weight and eye color: Peso (lbs), Color de ojos, Color de Tez

Form fields for height and hair color: Estatura (Pies, Pulgadas), Color de pelo

Certifico bajo las penalidades de perjurio que la información ofrecida en esta solicitud es correcta, cierta a mi mejor entender y así me consta de propio conocimiento y autorizo al Departamento de Transportación y Obras Públicas, a través de un Funcionario Autorizado, a solicitar información de mi récord médico, ya sea evidencia de mi condición o la Certificación Médica DTOP-375b, que conduzca a esclarecer mis condiciones físicas y mentales para que se expida el Permiso de Estacionamiento en Forma de Rótulo Removible.

Form fields for signatures: Firma Padre, Madre o Tutor Legal (si aplica), Firma del Solicitante

Form fields for dates and witness signature: Fecha, Firma del Testigo (si el solicitante no es lector)

Form fields for receipt: Recibido por:, Fecha de recibido: (día, mes, año)

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Form fields for official use: Rótulo Removible: Permanente, Temporero, Renovación, Duplicado

Form fields for official use: Fecha de efectividad, Fecha de expiración, Número de Registro:



Form fields for official use: Aprobado, Denegado, Razón:

Form fields for official use: Firma del Funcionario Autorizado, CESCO, Fecha de decisión (Día, Mes, Año)

CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD POR MÉDICO ESPECIALISTA

Para ser elegible y obtener el Rótulo Removible (PASE), el solicitante debe poseer una o más de las siguientes condiciones según la Ley Núm. 22 del 7 de enero de 2000, según enmendada.

Favor de seleccionar y certificar con iniciales la condición del solicitante:

- 1. Parálisis total y permanente de las extremidades inferiores, anquilosis de algunas de las articulaciones mayores u otra condición permanente que no le permita moverse con facilidad o que requiera para su ambulación el uso permanente de una silla de ruedas o equipo asistivo.
- 2. Parálisis parcial de cualquier extremidad inferior que requiera para su ambulación, por lo menos, el uso de abrazaderas o equipo asistivo.
- 3. Amputación de una o ambas extremidades inferiores.
- 4. Hemipléjicos que requieran para su ambulación equipo asistivo.
- 5. Condiciones pulmonares severas que limiten la capacidad vital en un sesenta por ciento (60%) menos (FVCóFEV<60%).
- 6. Fallos renales crónicos severos que requieran tratamientos de hemodiálisis o diálisis peritoneal, un mínimo de dos (2) veces por semana.
- 7. Condiciones cardiovasculares grado III-C en adelante (cardiólogo).
- 8. Implantación de prótesis de tobillo, cadera o rodilla que afecte severa o permanente la ambulación.
- 9. Lesiones o secuelas de cirugías en la columna vertebral en las cuales quede deficiencia neuromuscular severa o permanente que limite la ambulación.
- 10. Deformidades congénitas, adquirida o secuelas de cirugías de cualquiera de las articulaciones de las extremidades inferiores que limiten marcadamente la ambulación.
- 11. Condiciones de claudicación intermitente y periferovascular que afecte marcadamente la ambulación.
- 12. Ceguera total o ceguera legal que se define como agudeza visual corregida de 20/200 o tener un campo visual menor de veinte (20) grados en su diámetro más ancho.
- 13. Lesiones al sistema nervioso central o periférico que afecten severa o permanentemente la ambulación.
- 14. Autismo.
- 15. Xeroderma Pigmentoso, conocido también como Síndrome de Sanctis Cacchione.
- 16. Síndrome Down en su modalidad severa.
- 17. Retraso mental en su modalidad severa.
- 18. Condiciones de Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica, Lupus Eritematoso Sistémico, o Artritis Reumatoide previo examen clínico que determine incapacidad de ambulación severa o permanente. El examen clínico será realizado por un médico fisiatra o reumatólogo.
- 19. Obesidad Mórbida (exceso de grasa en el cuerpo, determinado por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 40).
- 20. Enanismo.

Diagnóstico del solicitante y comentarios sobre la condición incapacitante (Favor de escribir en forma legible):

El impedimento que tiene el solicitante es: Permanente Temporero

Yo, _____ certifico con mi firma como médico licenciado por las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico que _____ en mi opinión profesional cualifica según los requisitos establecidos por la Ley Número 22 del 7 de enero de 2000. He marcado e iniciado las condiciones que posee el solicitante. Entiendo que de ser falsa esta información estaría sujeto a las penalidades de las leyes estatales y federales que apliquen.

Nombre del Médico en Letra de Molde

Especialidad

Dirección Postal

()

Teléfono

Número de Licencia

Firma

Fecha de Certificación

día / mes / año