

Что такое индивидуальный пропуск?

Индивидуальный пропуск дает право жителю штата Нью-Йорк с инвалидностью (определение дано в прилагаемом заявлении) бесплатно или со скидкой посещать парки, исторические места и места отдыха, находящиеся в ведении Управления парков, зон отдыха и сохранения исторического наследия штата Нью-Йорк (New York State Office of Parks, Recreation and Historic Preservation) и Департамента рационального природопользования штата Нью-Йорк (New York State Department of Environmental Conservation). Описание этих объектов можно найти на сайте www.parks.ny.gov и www.dec.ny.gov.

Владелец пропуска может бесплатно или со скидкой пользоваться объектами, находящимися в ведении указанных учреждений, за которые обычно взимается плата, например парковкой, кемпингом, полями для игры в гольф, водоемами для плавания.

Индивидуальный пропуск не подходит для отмены платы за сезонную стоянку судна на пристани, групповую аренду кемпинга или коттеджа, программы исполнительского искусства, расходные материалы (например, дрова, электричество или газ), удобства в кемпинге/коттедже, бронирование и регистрацию, а также за некоторые услуги или места, управляемые внешним концессионером.

Требования для получения пропуска описаны в заявлении.

На пропуске указан срок действия. Ответственность за повторное обращение для получения нового пропуска лежит на владельце пропуска. Процедура продления не предусмотрена.

Управление парков, зон отдыха и сохранения исторического наследия уполномочено собирать эту информацию в соответствии с разделом 3.09 Закона о парках, зонах отдыха и сохранении исторического наследия (Parks, Recreation and Historic Preservation Law). Информация будет использована для определения вашего права на участие в программе и для обработки вашего заявления. Если вы предоставите неполную информацию, ваше заявление не будет обработано. Ваша информация будет храниться в Бюро региональных программ и услуг (Regional Programs and Services Bureau), State Parks, Albany, NY 12238, 518-474-2324, TTY/TDD: 711. Эта информация также может быть использована для связи с вами по поводу этой и других программ Управления парков, зон отдыха и сохранения исторического наследия штата Нью-Йорк.

Для того чтобы ваше заявление было принято к рассмотрению, убедитесь, что оно соответствует всем перечисленным ниже требованиям.

ЧАСТЬ 1

- ✓ Внесена вся информация о заявителе. (Часть А.)
- ✓ Прилагается копия водительского удостоверения штата Нью-Йорк, удостоверения личности лица, не являющегося водителем, или временного удостоверения личности. (Часть В.)
- ✓ Поставлена подпись и дата под разделом «Разрешение и подтверждение». (Часть С.)

ЧАСТЬ 2

- ✓ На основании имеющейся инвалидности заявитель должен заполнить часть А **ИЛИ** попросить своего врача заполнить часть В и поставить подпись / дату / печать врача.
- ⚠ Это заявление **не может** быть обработано непосредственно на каком-либо объекте.

Отправьте это заявление, приложив все необходимые материалы, по электронной почте:

Accesspass@parks.ny.gov

Или на почтовый адрес:

Access Pass
New York State Parks
Albany, NY 12238

На обработку заявления потребуется 2–4 недели.

Связаться с нами



Если у вас есть вопросы, обращайтесь к нам по электронной почте Accesspass@parks.ny.gov или зайдите на страницу «Связаться с нами» на сайте parks.ny.gov/admission.

ACCESS PASS
NEW YORK STATE PARKS
ALBANY, NEW YORK 12238



ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПРОПУСК

ЗАЯВЛЕНИЕ



Parks, Recreation and Historic Preservation

parks.ny.gov

Department of Environmental Conservation

dec.ny.gov

Инструкция по оформлению индивидуального пропуска



Программа организаций, поддерживающих равные возможности / антидискриминационные мероприятия (Equal Opportunity/Affirmative Action Agency Program)

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ: личная информация

Заявитель должен заполнить разделы А–С

А. ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

Дата рождения

Последние 4 цифры номера социального страхования

Имя

Адрес проживания

Город или населенный пункт

Штат

Почтовый индекс

Номер телефона

Адрес электронной почты (если вы хотите получать информацию о программах NY State Parks).

ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Код инвалидности

Код (-ы) отказа

Утверждено

Отказано

Фамилия

Почтовый адрес (если отличается от адреса проживания)

Город или населенный пункт

Штат

Почтовый индекс

Предпочитаемый способ связи

 Эл. почта Телефон

В. ТРЕБОВАНИЯ К МЕСТУ ПРОЖИВАНИЯ

Заявитель должен предоставить копию одного из указанных далее документов, который должен быть оформлен на имя заявителя.



Копия водительского удостоверения штата Нью-Йорк, удостоверения личности лица, не являющегося водителем, или временного удостоверения личности. Отсканируйте QR-код, чтобы узнать, как подать заявление.

С. РАЗРЕШЕНИЕ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

Я разрешаю раскрывать любую соответствующую медицинскую информацию, необходимую для рассмотрения данного заявления. Я подтверждаю, что представленная информация является достоверной, насколько мне известно, я знаю и понимаю, что любое лицо, которое сознательно подает заявление, содержащее любую в значительной степени ложную информацию, или скрывает с целью введения в заблуждение информацию, касающуюся любого значимого факта, совершает мошеннические действия. **ЗА ЛЮБОЕ ЛОЖНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ, СДЕЛАННОЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОКУМЕНТЕ, ПРЕДУСМОТРЕНО НАКАЗАНИЕ КАК ЗА ПРАВОНАРУШЕНИЕ КЛАССА А В СООТВЕТСТВИИ СО СТАТЬЕЙ 210.45 УГОЛОВНОГО КОДЕКСА.**

Подпись заявителя / родителя / законного опекуна
За заявителей, которым не исполнилось 18 лет, должен расписаться родитель или законный опекун

Дата

ЧАСТЬ ВТОРАЯ: подтверждение

Заявитель должен заполнить раздел А, **ИЛИ** врач должен заполнить раздел В

! Все подтверждающие документы должны быть выданы в течение **ОДНОГО ГОДА** с момента подачи настоящего заявления. **ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ!**

Ниже перечислены неприемлемые доказательства инвалидности и подтверждающие организации, документы от которых **НЕ** принимаются.

- Разрешение на парковку для инвалидов штата Нью-Йорк.
- Карта Medicare или Medicaid.
- Заявление о социальном обеспечении.
- Система пенсионного обеспечения работников штата Нью-Йорк (New York State Employees Retirement System).
- Совет штата Нью-Йорк по компенсациям работникам (New York State Workers Compensation Board).
- Страховая компания.

А. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ Приложите подтверждающий документ для одной из указанных ниже категорий, выданный в течение **ОДНОГО ГОДА** с даты подачи данного заявления.

- ВЛ Слепые.** Подтверждение Комиссии штата Нью-Йорк по делам слепых (New York State Commission for the Blind) о том, что заявитель официально признан слепым (лицо, имеющие остроту зрения 20/200 или меньше для глаза, который видит лучше или острее, при пользовании лучшими средствами коррекции, или лицо, у которого поле зрения глаза, который видит лучше или острее, не превышает 20 градусов).
- DD Лицо, имеющее отклонения в развитии.** Подтверждение Управления штата Нью-Йорк по делам лиц с инвалидностью вследствие пороков развития (New York State Office for People with Developmental Disabilities) о том, что заявитель имеет право на получение услуг в рамках программы, которая лицензирована, сертифицирована, управляется или финансируется Управлением. К обычным формам подтверждения относятся: определение соответствия уровню обслуживания (Level of Care Eligibility Determination, LCED) ИЛИ Lifeplan, ИЛИ альтернативная программа медицинского обслуживания на дому или по месту жительства (Home and Community Based Services Waiver, HCBWS).
- МН Лицо, страдающее психическими расстройствами.** Подтверждение Управления охраны психического здоровья штата Нью-Йорк (New York State Office of Mental Health) о том, что заявитель получает услуги в рамках программы, которая лицензирована, сертифицирована, управляется или финансируется Управлением.
- VA Ветеран с рейтингом инвалидности, полученной на службе, 40 % или выше.** Приложите письмо с кратким описанием льгот от Департамента по делам ветеранов США (U.S. Department of Veterans Affairs) или Департамента по делам ветеранов штата Нью-Йорк (NYS Department of Veterans' Services).

В. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВРАЧА Заполняется врачом если заявитель имеет ограниченные возможности. **Врач должен выбрать** соответствующие утверждения и заполнить приведенную ниже форму подтверждения в течение одного года с даты подачи заявления. Лица с ограниченными возможностями считаются соответствующими требованиям только если имеют одно из функциональных ограничений, перечисленных ниже. * **Дописывать от руки другие или дополнительные состояния запрещено.**

- АМ Лицо, у которого ампутирована рука или нога.** У лица полностью или частично ампутирована или с рождения отсутствует рука или нога, не считая пальцев рук и ног.
- ВЛ Слепой.** Центральная острота зрения 20/200 или ниже или ограничение поля зрения, при котором наибольший диаметр поля зрения образует угол не более 20 градусов для глаза, который видит лучше или острее, при использовании корректирующей линзы.
- DF Глухой.** Тугоухость тяжелой степени, в результате которой человек вынужден полагаться в основном на визуальные средства коммуникации (язык жестов, чтение по губам, жезлы) и вспомогательные технологии.
- WC Лежачий больной.** У человека постоянная инвалидность, из-за которой он не может ходить и поэтому требует постоянного использования инвалидного кресла.

! Врач **ДОЛЖЕН** поставить печать в нижней части заявления или предоставить письмо на фирменном бланке, в котором прямо указано одно из перечисленных в части второй, раздел В, квалификационных требований.

ДАННЫЕ ВРАЧА

Имя

Фамилия

Суффикс

Почтовый адрес

Город или населенный пункт

Штат

Почтовый индекс

Номер телефона

Номер лицензии

Я подтверждаю следующее: заявитель является инвалидом, как указано в выбранном мной поле соответствующей квалификационной категории; в настоящее время я имею лицензию и веду практику в штате Нью-Йорк; вышеуказанная информация является достоверной, насколько мне известно, я знаю и понимаю, что любое лицо, которое сознательно подает заявление, содержащее любую в значительной степени ложную информацию, или скрывает с целью введения в заблуждение информацию, касающуюся любого значимого факта, совершает мошеннические действия.

ЗА ЛЮБОЕ ЛОЖНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ, СДЕЛАННОЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОКУМЕНТЕ, ПРЕДУСМОТРЕНО НАКАЗАНИЕ КАК ЗА ПРАВОНАРУШЕНИЕ КЛАССА А В СООТВЕТСТВИИ СО СТАТЬЕЙ 210.45 УГОЛОВНОГО КОДЕКСА.

Подпись врача

Дата

Печать врача