



## SOLICITUD PARA CARTELES Y ETIQUETAS DE ESTACIONAMIENTO PARA DISCAPACITADOS

Solicito o pido la renovación de:

<input type="checkbox"/> Etiquetas de discapacidad	<input type="checkbox"/> Carteles de estacionamiento para discapacitados	<input type="checkbox"/> Etiquetas de discapacidad y carteles de estacionamiento para discapacitados
--	--	--

**Si solicita carteles de estacionamiento para discapacitados:** Puede enviar este formulario por correo al Departamento de Vehículos Motorizados de DC a la siguiente dirección: PO Box 90120 Washington, DC 20090, o por fax al 202-673-9908.

**Si solicita etiquetas de discapacidad:** Puede enviar este formulario y un cheque por \$10 o un giro postal (tarifa de reemplazo de etiqueta) pagadero a **la Tesorería de DC** a la dirección antes mencionado. No se aceptará un fax.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE				
Apellido		Primer nombre	Segundo nombre	Sufijo
Dirección		Número de apartamento/unidad	Ciudad/estado	Código postal
			WASHINGTON, DC	
Fecha de nacimiento	N.º de licencia de conductor (DLN, por sus siglas en inglés)/n.º de identificación (IDN, por sus siglas en inglés)/n.º de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés)	Número de teléfono	Número actual de cartel/etiqueta (solo para las renovaciones)	
Dirección de correo electrónico				

El solicitante jura y afirma lo siguiente:

Usaré los carteles o etiquetas de discapacidad otorgados por el Departamento de Vehículos Motorizados de DC según se establece en el Capítulo 27 del Título 18 de las reglamentaciones del Distrito de Columbia. Entiendo que los carteles de estacionamiento para discapacitados o las etiquetas no son transferibles a ninguna otra persona y que solo yo puedo utilizarlas. Un conductor designado podrá mostrar un cartel de estacionamiento para discapacitados solamente cuando yo sea un pasajero en el vehículo en el cual se exhibe el cartel.

La información mencionada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

<b>Firma del solicitante:</b>	<b>Fecha</b>
-------------------------------	--------------

### AUTOCERTIFICACIÓN EN PERSONA

Si tiene alguna de las siguientes discapacidades, podrá realizar la certificación usted mismo si la solicita personalmente.

Marque la casilla que corresponda:

- A.  Falta de una de las extremidades inferiores, o
- B.  No puede caminar sin la ayuda de una silla de ruedas motorizada.

No tendrá que completar la información médica o la certificación del médico que figuran en la página 2 si realiza la solicitud en persona en el centro de servicios del Departamento de Vehículos Motorizados (DMV, por sus siglas en inglés) de DC. Si envía este formulario por correo o por fax, deberá enviar la información médica y el certificado del médico que figuran en la página 2.

<b>Firma del solicitante:</b>	<b>Fecha</b>
-------------------------------	--------------

Quien haga una declaración falsa en este formulario estará violando la ley de DC y estará sujeto a una multa de hasta \$1,000 o a 180 días de prisión, o a ambas. (Código Oficial del D. C. § 22-2405).

(Ver al dorso)

Nombre del solicitante	N.º de licencia de conductor (DLN, por sus siglas en inglés)/n.º de identificación (IDN, por sus siglas en inglés)/n.º de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés)

**INFORMACIÓN MÉDICA**  
UN MÉDICO CERTIFICADO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN

**LAS PREGUNTAS DE LA A A LA D SE APLICAN A LAS DISCAPACIDADES A LARGO PLAZO:**

A. El solicitante, ¿perdió el uso de una (1) o ambas piernas?

**Sí**       **No**

B. El solicitante, ¿se encuentra discapacitado de gravedad y no puede caminar sin la ayuda de un dispositivo mecánico?

Nota: Entre los dispositivos mecánicos, se incluyen las sillas de ruedas, los andadores, las muletas, los bastones y los aparatos ortopédicos largos para las piernas.

**Sí**       **No**

C. El solicitante, ¿sufre de una afección o un problema respiratorio?

**Nota:** Teniendo en cuenta que la presión de oxígeno (PO2) del aire sea menor a 60 mmHg, la capacidad vital forzada (CVF) sea menor al 50% del valor previsto, el volumen espiratorio máximo en un segundo (VEMS) sea menor al 40% del valor previsto y el VEMS/CVF sea menor al 40% del valor real cuando se lo mide en litros por medio de un espirómetro sobre la base de los valores normales previstos para el sexo, la edad y la altura de la persona.

**Sí**    **No**

D. El solicitante, ¿tiene una discapacidad física a largo plazo que reduce considerablemente su movilidad?

**Sí**    **No**

**LA PREGUNTA E SE APLICA A LAS DISCAPACIDADES TEMPORALES:**

E. El solicitante, ¿tiene una discapacidad física temporal que reduce considerablemente su movilidad?

**Sí**    **No**

Si la respuesta fue "Sí", el médico debe estimar la duración de la discapacidad:

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO**

Número de identificación del médico		Estado	
Nombre del médico (en letra de imprenta)			
Dirección			
Número de teléfono		Dirección de correo electrónico	
Firma del médico			Fecha

Quien haga una declaración falsa en este formulario estará violando la ley de DC y estará sujeto a una multa de hasta \$1,000 o a 180 días de prisión, o a ambas. (Código Oficial de DC § 22-2405).

Visite nuestro sitio web en [www.dmv.dc.gov](http://www.dmv.dc.gov) o llame al 311 en DC o al 202-737-4404 para obtener información adicional.

Para denunciar despilfarro, fraude o abuso por parte de cualquier organismo o funcionario gubernamental de DC., comuníquese con la Oficina del Inspector General de DC llamando al 1-800-521-1639.