

## Заявление на получение парковочного разрешения для инвалидов – частных лиц

После того, как Вы и Ваш поставщик медицинских услуг заполнили соответствующие разделы, **принесите это заявление И ОТДЕЛЬНО подписанное разрешение Вашего лечащего врача в любой vehicle licensing office (отдел регистрации транспортных средств) или отправьте по почте по адресу:**  
 Special Plate Unit, Department of Licensing, PO Box 9043, Olympia, WA 98507.

### Заявитель

ИНАПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ или НАПЕЧАТАЙТЕ полное имя <i>(фамилия, имя, отчество инициалы)</i>		Дата рождения (мм/дд/гггг)	
Почтовый адрес (почтовый ящик или улица, дом, квартира если применимо)		Город	Штат
Почтовый индекс	(Код района) номер телефона для звонков в дневное время	Адрес электронной почты	Текущий регистрационный номер, если имеется
		Окончание срока действия регистрации, если относится к делу	

**X**

Подпись заявителя или уполномоченного представителя

### Варианты парковочного разрешения

**Ваш поставщик медицинских услуг определит, полагается Вам временное или постоянное парковочное разрешение для инвалидов.**

- **Временный знак** - действителен на срок до 1 года. Будет выдан только один знак (оплата сбора не требуется). Для обновления требуется заполнить новое заявление.
- **Постоянное парковочное разрешение** - действителен на срок до 5 лет. Вы должны быть зарегистрированным владельцем транспортного средства и иметь постоянные номерные знаки или бирки. Мы вышлем Вам извещение о необходимости продления привилегий до истечения срока их действия.

*Существующие варианты для получателей постоянного парковочного разрешения для инвалидов (выберите только один вариант)*

- Только знак** - оплата сбора не требуется  
 Количество знаков:  1  2
- Постоянный номерной знак** - необходима оплата сбора (см. информацию о текущем размере сбора на странице [dol.wa.gov](http://dol.wa.gov))  
 Выберите один вариант:  1 знак и 1 набор номерных знаков  1 набор номерных знаков
- Бирка парковочного разрешения для инвалидов на специализированные или персонализированные номерные знаки** – требуется оплата сбора (см. информацию о текущем размере сбора на странице [dol.wa.gov](http://dol.wa.gov))  
 Выберите один вариант:  1 бирка парковочного разрешения для инвалидов  
 1 знак и 1 бирка парковочного разрешения для инвалидов
- Бирка парковочного разрешения для инвалидов на WATV (колесный вездеход)** – требуется оплата сбора (см. информацию о текущем размере сбора на странице [dol.wa.gov](http://dol.wa.gov))  
 Выберите один вариант:  1 бирка парковочного разрешения для инвалидов  
 1 знак и 1 бирка парковочного разрешения для инвалидов

Вы получите идентификационную карту (ID) через 2-4 недели после обработки Вашего заявления. Имейте ее при себе, чтобы предъявлять по требованию представителей правоохранительных органов.

Парковочное разрешение для человека с инвалидностью может быть выдано только по медицинской необходимости, которая серьезно влияет на мобильность или включает острую чувствительность к свету (RCW 46.19.010). Заявитель или работник здравоохранения, который сознательно предоставляет ложную информацию об этом заявлении, виновен в грубом правонарушении. Наказанием может быть до 364 дней тюремного заключения и штраф в размере до \$5 000 или и то, и другое. Кроме того, работник здравоохранения может подвергнуться санкциям согласно разделу 18.130 RCW Uniform Disciplinary Act (Единый дисциплинарный акт).

**Healthcare provider**

**You must also provide a separate signed authorization stating:** (1) the applicant's name and (2) they have a condition which qualifies them for disabled parking privileges. This authorization must be on prescription paper or your office letterhead. If this application is printed on prescription paper, it meets both the application and authorization requirements. Return this form and your signed authorization to the applicant.

<b>PRINT</b> or <b>TYPE</b> Name	Professional classification	Professional license number
Office address ( <i>Street address, City, State, ZIP code</i> )		(Area code) phone number
Privilege duration <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporary for: _____ months (up to 12 months)		
Answer the following <input type="checkbox"/> My patient meets one of the following qualifying conditions: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cannot walk 200 feet without stopping to rest or must use assistive device</li> <li>• Walking severely limited due to arthritic, neurological, or orthopedic condition</li> <li>• Uses portable oxygen or walking restricted by lung disease</li> <li>• Class III or IV impairment by cardiovascular disease</li> <li>• Acute sensitivity to auto emissions that limits ability to walk</li> <li>• Legally blind with limited mobility</li> <li>• Restricted by porphyria (applicant benefits from a decrease in exposure to light)</li> </ul>		
<i>I certify under penalty of perjury under the laws of the state of Washington that the applicant named above has a medical necessity that severely affects mobility or involves acute sensitivity to light.</i>		
_____	<b>X</b>	_____
Date and place (city or county) signed		MD, DO, DC, DPM, ND, ARNP, or PA <b>ONLY</b> signature

A parking permit for a person with disabilities may be issued only for a medical necessity that severely affects mobility or involves acute sensitivity to light (RCW 46.19.010). An applicant or healthcare practitioner who knowingly provides false information on this application is guilty of a gross misdemeanor. The penalty is up to 364 days in jail and a fine of up to \$5,000 or both. In addition, the healthcare practitioner may be subject to sanctions under chapter 18.130 RCW, the Uniform Disciplinary Act.