

ولضمان الموافقة على معالجة طلبك، يرجى التأكد من أن جميع المواد الآتية متضمنة عند إرسال طلبك.

الجزء 1

أكمل جميع معلومات المتقدم. (الجزء أ)

أرفق نسخة من رخصة قيادة مقدم الطلب الصادرة في ولاية نيويورك، أو بطاقة الهوية لغير السائقين، أو بطاقة الهوية المؤقتة. (الجزء ب)

وقع التصريح والشهادة وكتب تاريخهما. (الجزء ج)

الجزء 2

بناءً على إعاقتك، على مقدم الطلب إكمال الجزء أ أو احرص على أن يكمل طبيبك الجزء ب بالتوقيع/التاريخ/ختم الطبيب

هذا الطلب لا يمكن معالجته في موقع العمل في أي مكان.

أرسل هذا الطلب بالبريد الإلكتروني مرفقاً به جميع المواد المطلوبة إلى:

Accesspass@parks.ny.gov

أو عبر البريد إلى:

**Access Pass
New York State Parks
Albany, NY 12238**

يرجى الانتظار لمدة تتراوح بين أسبوعين و 4 أسابيع لمعالجة هذا الطلب

تواصل معنا

للاستئناس، يمكنك مراسلتنا عبر البريد الإلكتروني Accesspass@parks.ny.gov أو زيارة صفحتنا "تواصل معنا" (Contact Us) من خلال parks.ny.gov/admission



ماذا يقصد بتصريح الدخول للأفراد؟

يسمح تصريح الدخول للأفراد (Individual Access Pass) للمقيمين في ولاية نيويورك من ذوي الإعاقة، على النحو المعرف في الطلب المرفق، بالاستخدام المجاني أو المخفض التكلفة للحدائق والمواقع التاريخية والمرافق الترفيهية التي يديرها كل من مكتب ولاية نيويورك للحدائق والترفيه والمحافظة التاريخية (New York State Office of Parks, Recreation and Historic Preservation) وإدارة ولاية نيويورك للحفاظ على البيئة (New York State Department of Environmental Conservation). للحصول على وصف لهذه المرافق، تفضل بزيارة www.dec.ny.gov و www.parks.ny.gov

يحق لحامل التصريح الاستخدام المجاني أو المخفض التكلفة للمرافق التي تديرها هذه المكاتب، التي عادة ما تفرض رسوماً على مرئاديهما — على سبيل المثال، مواقف السيارات، والتخييم، ورسوم اللعب في ملاعب الجولف، والسباحة.

ولا يعد تصريح الدخول للأفراد صالحاً للإعفاء من رسوم مثل الرسوم الموسمية لاستخدام المراسي، وتأجير المخيمات أو الأكواخ الجماعية، وبرامج الفنون الأدائية، والمواد الاستهلاكية (أي الحطب أو الكهرباء أو الغاز)، ووسائل الراحة في مواقع التخييم/الأكواخ، والحجوزات والتسجيلات، إضافة إلى بعض الخدمات أو المواقع التي تديرها إحدى الجهات الخارجية المرخص لها.

شروط تصريح الدخول ومتطلباته موضحة في الطلب.

يتضمن تصريح الدخول تاريخ انتهاء الصلاحية. وإن من مسؤوليات حامل البطاقة إعادة تقديم الطلب للحصول على تصريح جديد. ولا توجد إجراءات للتجديد.

يخوّل لمكتب المتنزهات والترفيه والمحافظة التاريخية جمع هذه المعلومات بموجب المادة 3.09 من قانون المتنزهات والترفيه والمحافظة التاريخية. وستستخدم لتحديد أهليتك ولمعالجة طلبك. وإذا قدمت معلومات غير مكتملة، فلن يمكن معالجة طلبك. وسيحتفظ المكتب الإقليمي للبرامج والخدمات بالمعلومات (New York State Department of Environmental Conservation)

، وعنوانه State Parks, Albany, NY 12238، الهاتف: **518-474-2324**، للهاتف النصي/لهاتف الكتابة لضعاف السمع: اتصل بخدمة الترحيل من خلال الرقم 711. ومن الممكن أيضاً استخدام المعلومات للتواصل معك بشأن ذلك وغيره من البرامج المتاحة لمكتب ولاية نيويورك المتنزهات والترفيه والمحافظة التاريخية.



تصريح الدخول للأفراد للطلب



NEW YORK STATE
Parks, Recreation and Historic Preservation
parks.ny.gov

Department of Environmental Conservation
dec.ny.gov

إرشادات تصريح الدخول للأفراد



برنامج تابع لوكالة لتكافؤ الفرص/للإجراءات الإيجابية (Equal Opportunity/Affirmative Action Agency Program)

**ACCESS PASS
NEW YORK STATE PARKS
ALBANY, NEW YORK 12238**



الجزء الأول: المعلومات الشخصية

على المتقدم إكمال الأقسام من أ إلى ج

للاستخدام المكتبي فقط

رمز الإعاقة

رمز (رموز) الرفض

وافق علي

رفض

الاسم الأخير

أ. معلومات مقدم الطلب

تاريخ الميلاد

آخر 4 أرقام من رقم الضمان الاجتماعي.

XX

XXXX

الاسم الأول

عنوان الشارع

العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا عن عنوان الشارع)

المدينة أو البلدة

الولاية

الرمز البريدي

المدينة أو البلدة

الولاية

الرمز البريدي

NY

NY

رقم الهاتف

عنوان البريد الإلكتروني (إذا كنت ترغب في تلقي معلومات عن برنامج NY State Parks).

طريقة التواصل المفضلة

الهاتف البريد الإلكتروني

ج. الترخيص والشهادة

ب. متطلبات الإقامة

على مقدم الطلب تقديم نسخة من أحد المستندات الآتية التي يجب أن تكون باسم مقدم الطلب:

نسخة من رخصة قيادة مقدم الطلب الصادرة من ولاية نيويورك، أو بطاقة الهوية لغير السائقين، أو بطاقة الهوية المؤقتة. امسح رمز الاستجابة السريعة ضوئيًا لمعرفة كيفية التقدم بطلب.



أخول بنشر أي معلومات طبية ذات صلة ما دامت ضرورية لمعالجة هذا الطلب. وأقر بأن المعلومات المقدمة صحيحة على حد علمي، وأنه إذا قدم أي شخص عن عمد بيانًا يحتوي على أي معلومات تحمل خطأً جوهريًا، أو يخفي — بغرض التضليل — معلومات تتعلق بأي حقيقة هامة ذات صلة بهذا الطلب، فإني أعلم يقينًا وأدرك أنه يرتكب عملاً احتياليًا. وأي بيان كاذب ورد هنا يعاقب عليه القانون بوصفه جنحة من الدرجة "ب"، وفقًا للمادة 210.45 من قانون العقوبات.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب/ولي الأمر/الوصي القانوني

على ولي الأمر أو الوصي القانوني التوقيع نيابة عن المتقدمين الأقل عمرًا من 18 عامًا

الجزء الثاني: الشهادة

على مقدم الطلب إكمال القسم أ أو على الطبيب إكمال القسم ب

! يجب أن تحمل جميع الشهادات تاريخًا لا يتعدى سنة واحدة من تاريخ هذا الطلب. يرجى ملاحظة:

الوثائق الآتية لا تعد أدلة مقبولة على الإعاقة أو الشهادة:

- نظام تقاعد موظفي ولاية نيويورك
- مجلس تعويضات عمال ولاية نيويورك
- شركة التأمين

أ. شهادة المنظمة: أرفق شهادة بإحدى الوثائق الآتية الصادرة في غضون عام واحد من تاريخ هذا الطلب:

BL الشخص الكفيف: شهادة من لجنة ولاية نيويورك للمكفوفين (New York State Commission for the Blind)

تفيد بأن مقدم الطلب كفيف قانونًا، والذي يعرف بأنه الشخص الذي تبلغ حدة بصره 200/20 أو أقل في العين الأفضل بعد إجراء أفضل تصحيح للنظر، أو يكون مجال الرؤية لدى الشخص 20 درجة أو أقل في العين الأفضل.

DD الشخص الذي يعاني إعاقة تنموية: شهادة من مكتب ولاية نيويورك للأشخاص ذوي الإعاقات التنموية (New York State Office for People With Developmental Disabilities)

تفيد بأن المتقدم مؤهل لتلقي الخدمات من برنامج هم من يتولون ترخيصه، أو إدارته، أو اعتماده، أو تمويله. من بين الأشكال الشائعة للشهادة: شهادة تحديد مستوى الأهلية للرعاية (Level of Care Eligibility Determination, LCED)، أو شهادة Lifeplan، أو شهادة الإعفاء من خدمات المجتمع والخدمات المنزلية (Home and Community Based Services Waiver, HCBS).

MH الشخص الذي يعاني إعاقة عقلية: شهادة من مكتب ولاية نيويورك للصحة العقلية بأن المتقدم يتلقى خدمات من برنامج يكون المكتب هم من يتولون ترخيصه، أو إدارته، أو اعتماده، أو تمويله.

VA محارب مصاب بإعاقة بنسبة 40% أو أكثر بسبب خدمة عسكرية: يرجى إرفاق ملخص لخطاب المزايا من وزارة شؤون المحاربين القدامى (U.S. Department of Veterans Affairs)، أو إدارة خدمات المحاربين القدامى بولاية نيويورك (NYS Department of Veterans' Services).

! وعلى الطبيب أن يختم أسفل الطلب أو أن يقدم خطابًا على صديرة وثيقة مقدم الرعاية ينص صراحة على أحد متطلبات الأهلية المدرجة في الجزء الثاني، القسم ب.

معلومات الطبيب

الاسم الأول

الاسم الأخير

اللاحقة

العنوان البريدي

المدينة أو البلدة

الولاية

الرمز البريدي

NY

رقم الرخصة

رقم الهاتف

أشهد بما يأتي: مقدم الطلب مصاب بإعاقة كما يتبين من اختياري للشرط المناسب، وأنتي حاليًا طبيب مرخص وممارس في ولاية نيويورك، وأن المعلومات المذكورة فيما سبق صحيحة على حد علمي، وأنه إذا قدم أي شخص عن عمد بيانًا يحتوي على أي معلومات تحمل خطأً جوهريًا، أو يخفي — بغرض التضليل — معلومات تتعلق بأي حقيقة هامة ذات صلة بهذا الطلب، فإني أعلم يقينًا وأدرك أنه يرتكب عملاً احتياليًا.

وأي بيان كاذب ورد هنا يعاقب عليه القانون بوصفه جنحة من الدرجة "ب"، وفقًا للمادة 210.45 من قانون العقوبات.

ختم الطبيب:

التاريخ

توقيع الطبيب