

Qu'est-ce que le titre d'accès individuel ?

Le titre d'accès individuel (Individual Access Pass) permet à un(e) résident(e) de l'État de New York en situation de handicap, selon la définition figurant dans le formulaire de demande ci-joint, d'utiliser gratuitement ou à prix réduit les parcs, les sites historiques et les installations de loisirs gérés par le Bureau des parcs, des loisirs et de la conservation historique de l'État de New York (New York State Office of Parks) et le Département de la conservation de l'environnement de l'État de New York (New York State Department of Environmental Conservation). Pour obtenir une description de ces installations, consultez les sites www.parks.ny.gov et www.dec.ny.gov.

Le/la titulaire du titre peut bénéficier d'une utilisation gratuite ou à prix réduit des installations gérées par ces organismes qui sont normalement payantes, par exemple : stationnement, camping, droits de jeu ou natation.

Le titre d'accès individuel n'est pas valable pour la dispense de frais tels que ceux liés à l'amarrage saisonnier dans un port de plaisance, à la location d'un camping ou d'un chalet de groupe, aux programmes d'arts du spectacle, aux consommables (par exemple, bois de chauffage, électricité ou gaz), aux équipements d'un camping ou d'un chalet, aux réservations et aux inscriptions, ainsi qu'à certains services ou sites exploités par un prestataire de services extérieur.

Les qualifications et les exigences relatives au titre d'accès sont décrites dans le formulaire de demande.

Le titre d'accès comporte une date d'expiration. Il incombe au titulaire du titre de déposer une demande de renouvellement pour obtenir un nouveau titre. Il n'y a pas de processus de renouvellement.

Le Bureau des parcs, des loisirs et de la conservation historique est autorisé à collecter ces informations en vertu de l'Article 3.09 de la loi sur les parcs, les loisirs et la conservation historique (Parks, Recreation and Historic Preservation Law). Elles seront utilisées pour déterminer votre admissibilité et traiter votre demande. Si les informations que vous fournissez ne sont pas complètes, votre demande ne pourra pas être traitée. Les informations seront conservées par le Bureau régional des programmes et services à l'adresse suivante : Regional Programs and Services Bureau, State Parks, Albany, NY 12238, **518 474 2324**, ATS/ATM grâce au service de relais 711. Elles pourront également être utilisées pour vous contacter au sujet de ce programme et d'autres programmes du Bureau des parcs, des loisirs et de la conservation historique de l'État de New York.

Afin de garantir que le traitement de votre demande soit approuvé, lorsque vous la déposez veillez à ce que :

PREMIÈRE PARTIE

- ✓ toutes les informations sur le demandeur/la demandeuse soient dûment remplies (**section A**) ;
- ✓ une copie du permis de conduire, de la carte d'identité de non-conducteur ou de la carte d'identité provisoire de l'État de New York du demandeur/de la demandeuse soit jointe (**section B**) ;
- ✓ l'autorisation et la certification soient signées et datées (**section C**) ;

DEUXIÈME PARTIE

- ✓ en fonction de votre handicap, le demandeur/la demandeuse ait rempli la section A **OU** votre médecin ait dûment rempli la section B et ait apposé sa signature, la date et son cachet.
- ⚠ Cette demande **ne peut pas** être traitée sur place, quel que soit le site.

Envoyez cette demande par courriel, en y joignant tous les documents nécessaires, à l'adresse suivante :

Accesspass@parks.ny.gov

Ou par courrier postal à l'adresse suivante :

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

Veillez prévoir un délai de deux à quatre semaines pour le traitement de cette demande.

Nous contacter

Si vous avez des questions, envoyez-nous un courriel à l'adresse **Accesspass@parks.ny.gov** ou accédez à notre page « Contact Us » sur le site **parcs.ny.gov/admission**.



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



TITRE D'ACCÈS INDIVIDUEL

DEMANDE



**Parks, Recreation
and Historic
Conservation**
parks.ny.gov

**Department of
Environmental
Conservation**
dec.ny.gov

Directives relatives au titre d'accès individuel



Un programme d'un organisme défendant l'égalité des chances et l'action positive (Equal Opportunity/Affirmative Action Agency Program)
RS 8 10/23

PREMIÈRE PARTIE : Informations personnelles

Le demandeur/la demandeuse doit remplir les sections A à C.

A. INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR/LA DEMANDEUSE

Date de naissance 4 derniers chiffres du n° de Séc. sociale xxxx xx

Prénom

Adresse

Ville État Code postal

Numéro de téléphone

Adresse électronique (si vous souhaitez recevoir des informations sur le programme des parcs de l'État de New York)

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Code du handicap Code(s) du refus
Approuvé par Refusé par

Nom de famille

Adresse postale (si elle est différente de l'adresse)

Ville État Code postal

Contact privilégié
 adresse électronique téléphone

B. EXIGENCES RELATIVES À LA RÉSIDENCE

Le demandeur/la demandeuse doit fournir une copie de l'un des documents suivants, qui doit être à son nom.



Une copie d'un permis de conduire, d'une carte d'identité de non-conducteur ou d'une carte d'identité provisoire de l'État de New York en cours de validité. Pour savoir comment déposer votre demande, scannez le code QR.

C. AUTORISATION ET CERTIFICATION

J'autorise la divulgation de toute information médicale pertinente nécessaire au traitement de cette demande. Je certifie que les informations fournies sont, à ma connaissance, exactes et je comprends que toute personne qui présente sciemment une déclaration contenant de fausses informations ou qui dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant un fait important de la déclaration, commet un acte frauduleux. **TOUTE FAUSSE DÉCLARATION FAITE AUX PRÉSENTES EST PUNISSABLES EN TANT QU'INFRACTION DE CATÉGORIE « A » EN VERTU DE L'ARTICLE 210.45 DU DROIT PÉNAL.**

Signature du demandeur/de la demandeuse, du parent ou du tuteur/de la tutrice légal(e)
Un parent ou un tuteur/une tutrice légal(e) doit signer pour les demandeurs de moins de 18 ans.

Date

DEUXIÈME PARTIE : Certification

Le demandeur/la demandeuse doit remplir la section A OU le médecin doit remplir la section B

! Toutes les certifications doivent être datées de moins d'UN AN à compter de la date de cette demande. VEUILLEZ PRENDRE NOTE DE CE QUI SUIT :

Les documents suivants ne constituent **PAS** des justificatifs acceptables d'invalidité ni une certification :

- Permis de stationnement pour personnes handicapées de l'État de New York
- Carte Medicare ou Medicaid
- Déclaration de la Sécurité sociale
- Système de retraite des employés (Employees Retirement System) de l'État de New York
- Commission des accidents du travail (Workers Compensation Board) de l'État de New York
- Compagnie d'assurance

A. CERTIFICATION DE L'ORGANISATION : joignez la certification de l'un des documents suivants, datée de moins d'**UN AN** à compter de la date de cette demande :

- BL Personne aveugle :** certification de la Commission pour les aveugles de l'État de New York (New York State Commission for the Blind) attestant que le demandeur/la demandeuse est légalement aveugle, à savoir que son acuité visuelle est de 20/200 ou moins dans le meilleur œil avec la meilleure correction, ou que son champ de vision est de 20 degrés ou moins dans le meilleur œil.
- DD Personne souffrant de troubles du développement :** Certification du Bureau pour les personnes souffrant de troubles du développement de l'État de New York (New York State Office for People With Developmental Disabilities) attestant que le demandeur/la demandeuse est admissible à recevoir les services d'un programme agréé, géré, certifié ou financé par ledit Bureau. Les formes les plus courantes de certification sont la détermination de l'admissibilité au niveau des soins (Level of Care Eligibility Determination, LCED), le Plan de vie (Lifeplan) OU la Dispense des services à domicile et communautaires (Home and Community Based Services Waiver, HCBS).
- MH Personne souffrant d'un handicap mental :** Certification du Bureau pour les personnes souffrant de troubles du développement de l'État de New York (New York State Office for People With Developmental Disabilities) attestant que le demandeur/la demandeuse reçoit les services d'un programme agréé, géré, certifié OU financé par ledit Bureau.
- VA Ancien(ne) combattant(e) souffrant d'une invalidité liée au service d'au moins 40% :** veuillez joindre un résumé des prestations du Département des anciens combattants des États-Unis (U.S. Department of Veterans Affairs) ou du Département des services aux anciens combattants de l'État de New York (NYS Department of Veterans' Services).

B. CERTIFICATION DU MÉDECIN : À remplir par le médecin pour les handicaps ci-dessous. **Le médecin doit sélectionner** la ou les déclarations applicables et remplir la certification ci-dessous sous un an à compter de la date de la demande. Une affection invalidante n'est acceptable que si elle entraîne l'une des limitations fonctionnelles énumérées ci-dessous. **L'ajout à la main d'autres affections ne sera pas accepté.*

- AM Personne amputée d'un bras ou d'une jambe :** ayant un bras ou une jambe totalement ou partiellement amputé ou absent congénitalement, à l'exclusion des extrémités des mains (doigts) et des pieds (orteils).
- BL Personne aveugle :** ayant une acuité visuelle centrale de 20/200 ou moins ou une limitation du champ visuel telle que le diamètre le plus large du champ visuel forme un angle ne dépassant pas vingt degrés dans le meilleur œil avec l'utilisation d'un verre correcteur.
- DF Personne sourde :** souffrant d'une perte auditive profonde qui les oblige à recourir principalement à la communication visuelle (langage des signes, lecture labiale ou gestes) et aux technologies d'assistance.
- WC Personne non ambulatoire :** souffrant d'un handicap permanent qui l'empêche de marcher et l'oblige donc à utiliser un fauteuil roulant en permanence.

! Le médecin DOIT apposer son cachet au bas de la demande ou fournir une lettre sur papier à en-tête du prestataire indiquant explicitement l'un des critères d'admissibilité énumérés dans la deuxième partie, section B.

INFORMATIONS SUR LE MÉDECIN

Prénom Nom de famille Suffixe
Adresse postale Ville État Code postal
Numéro de téléphone Numéro de licence

Je certifie ce qui suit : le demandeur/la demandeuse est en situation de handicap, comme l'indique ma sélection de la qualification applicable ; je suis actuellement titulaire d'une licence et j'exerce dans l'État de New York ; les informations ci-dessus sont, à ma connaissance, exactes ; je crois et je comprends que toute personne qui présente sciemment une déclaration contenant de fausses informations ou qui dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant un fait important de la déclaration, commet un acte frauduleux.

TOUTE FAUSSE DÉCLARATION FAITE AUX PRÉSENTES EST PUNISSABLES EN TANT QU'INFRACTION DE CATÉGORIE « A » EN VERTU DE L'ARTICLE 210.45 DU DROIT PÉNAL.

Signature du médecin

Date

Cachet du médecin