

# ¿Qué es el pase de acceso individual?

Un pase de acceso individual permite a los residentes del estado de Nueva York con una discapacidad, según se definen en la solicitud adjunta, el uso gratuito o con descuento de parques, lugares históricos e instalaciones recreativas administradas por la Oficina de Parques, Recreación y Preservación Histórica del Estado de Nueva York (New York State Office of Parks, Recreation and Historic Preservation) y el Departamento de Conservación Ambiental del Estado de Nueva York (New York State Department of Environmental Conservation). Para una descripción de estas instalaciones, visite [www.parks.ny.gov](http://www.parks.ny.gov) y [www.dec.ny.gov](http://www.dec.ny.gov).

El titular del pase puede disfrutar gratuitamente o con descuento de las instalaciones administradas por estas oficinas, por las que normalmente se cobra un cargo: por ejemplo, por estacionamiento, para acampar, tarifa por usar un campo de golf, natación.

El pase de acceso individual no es válido para la renuncia a los cargos como las de amarre en puertos deportivos de temporada, alquiler de cabañas o campamentos para grupos, programas de artes escénicas, consumibles (por ejemplo, leña, electricidad o gas), servicios de campamento/cabaña, reservas e inscripciones, y como algunos servicios o lugares administrados por un concesionario externo.

Las calificaciones y requisitos del pase de acceso están descritos en la solicitud.

El pase de acceso incluye una fecha de caducidad. Es responsabilidad del titular del pase volver a solicitarlo para obtener un nuevo pase. No existe un proceso de renovación.

La Oficina de Parques, Recreación y Preservación Histórica está autorizada a recoger esta información por la sección 3.09 de la Parks, Recreation and Historic Preservation Law (Ley de parques, recreación y preservación histórica). Se usará para determinar la elegibilidad y para tramitar la solicitud. Si la información que usted da no está completa, no será posible tramitar su solicitud. La información será mantenida por la Oficina de Programas y Servicios Regionales (Regional Programs and Services Bureau), State Parks, Albany, NY 12238, 518-474-2324, TTY/TDD mediante el servicio de Relay 711. La información también puede usarse para comunicarnos con usted sobre éste y otros programas de la Oficina de Parques, Recreación y Preservación Histórica del estado de Nueva York.

Para garantizar que la solicitud pueda aprobarse para la tramitación, asegúrese de incluir todos los puntos de abajo cuando presente su solicitud.

## PARTE 1

- ✓ Completar toda la información del solicitante en la primera parte. **(Parte A)**
- ✓ Incluir una copia de la licencia de conducir del Estado de Nueva York del solicitante, de la tarjeta de identificación de no conductor o de la tarjeta de identificación provisional. **(Parte B)**
- ✓ Firmar y fechar la autorización y la certificación. **(Parte C)**

## PARTE 2

- ✓ Según su discapacidad, el solicitante debe completar la parte A o asegúrese de que su médico complete la parte B con la firma/fecha/sello del médico.
- ! Esta solicitud **no** puede tramitarse en el sitio en ningún lugar.

Envíe esta solicitud por correo electrónico, adjuntando todo el material necesario, a:

[Accesspass@parks.ny.gov](mailto:Accesspass@parks.ny.gov)

O por correo a:

Access Pass  
New York State Parks  
Albany, NY 12238

La tramitación de esta solicitud tardará entre 2 y 4 semanas

## Comuníquese con nosotros



Si tiene alguna pregunta, envíe un correo electrónico al [Accesspass@parks.ny.gov](mailto:Accesspass@parks.ny.gov) o visite nuestra página Contact Us al [parks.ny.gov/admission](http://parks.ny.gov/admission).

ACCESS PASS  
NEW YORK STATE PARKS  
ALBANY, NEW YORK 12238



# PASE DE ACCESO INDIVIDUAL

## SOLICITUD



Parks, Recreation and Historic Preservation  
[parks.ny.gov](http://parks.ny.gov)

Department of Environmental Conservation  
[dec.ny.gov](http://dec.ny.gov)

Directrices del pase de acceso individual



Un programa de la agencia de igualdad de oportunidades/acción afirmativa (Equal Opportunity/Affirmative Action Agency Program)  
RS 8/10/23

# PARTE UNO: Información personal

El solicitante deberá completar las secciones A - C

## A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Fecha de nacimiento

Últimos 4 números del Seguro Social.  XXXX  XX

Primer nombre

Dirección

Ciudad o pueblo  Estado  Código postal

**NY**

Teléfono

Dirección de correo electrónico   
*(si quiere recibir información sobre los programas de NY State Parks)*

**ÚNICAMENTE PARA USO DE LA OFICINA**

Código de discapacidad  Códigos de denegación

Aprobado por  Denegada por

Apellido

Dirección postal (si es diferente de la dirección particular)

Ciudad o pueblo  Estado  Código postal

**NY**

Contacto preferido  correo electrónico  teléfono

## B. REQUISITOS PARA LA RESIDENCIA

El solicitante deberá presentar una copia de uno de los siguientes documentos, que deberá estar a nombre del solicitante.



Una copia de un permiso de conducir del Estado de Nueva York, una tarjeta de identificación de no conductor o una tarjeta de identificación provisional en vigor. Escanee el código QR para saber cómo enviar una solicitud.

## C. AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN

Autorizo la revelación de cualquier información médica necesaria para procesar esta solicitud. Certifico que, según mi conocimiento, la información presentada es verdadera, y creo y comprendo que toda persona que, a conciencia, presente una declaración que contenga información materialmente falsa, u oculte, con ánimo de engañar, información sobre cualquier hecho material de esta, comete un acto fraudulento. **CUALQUIER DECLARACIÓN FALSA HECHA EN ESTE DOCUMENTO ES PUNIBLE COMO UN DELITO MENOR DE CLASE "A" SEGÚN LA SECCIÓN 210.45 DE LA LEY PENAL.**

\_\_\_\_\_  
*Firma del solicitante/padre/madre/tutor*  
*Los padres o tutores deben firmar por los solicitantes menores de 18 años*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

# PARTE DOS: certificación

El solicitante debe completar la sección A  
 El médico debe completar la sección B

**!** Todas las certificaciones deben estar fechadas en el plazo de UN AÑO a partir de la fecha de esta solicitud. **TENGA EN CUENTA:**

Las siguientes **NO** son pruebas aceptables de discapacidad o certificación:

- Permiso de estacionamiento para minusválidos del Estado de Nueva York
- Tarjeta de Medicare o Medicaid
- Declaración del Seguro Social

**A. CERTIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN:** adjuntar certificación de una de las siguientes expedida en el plazo de **UN AÑO** a partir de la fecha de esta solicitud:

- BL Persona ciega:** certificación de la Comisión de Ciegos del Estado de Nueva York (New York State Commission for the Blind) de que el solicitante es legalmente ciego, definido como: cuando la agudeza visual de una persona es de 20/200 o menos en el mejor ojo con la mejor corrección, o su campo de visión es de 20 grados o menos en el mejor ojo.
- DD Persona con una discapacidad del desarrollo:** certificación de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo del Estado de Nueva York (New York State Office for People With Developmental Disabilities) que el solicitante cumple los requisitos para recibir servicios de un programa que ellos autorizan, administran, certifican o financian. Las formas habituales de certificación son la Determinación de la elegibilidad del nivel de atención (Level of Care Eligibility Determination, LCED), el plan de vida O, o la renuncia de servicios basados en la Comunidad (Home and Community Based Services Waiver, HCBS).
- MH Persona con una discapacidad mental:** certificación de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York (New York State Office of Mental Health) de que el solicitante está recibiendo servicios de un programa que ellos autorizan, operan, certifican o financian.
- VA Veterano con una discapacidad del 40% o más a causa del servicio:** incluya una carta de resumen de beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos de EE.UU. (U.S. Department of Veterans Affairs) o del Departamento de Servicios para Veteranos de NYS (NYS Department of Veterans' Services).

**B. CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO:** para ser completado por el médico para las discapacidades mencionadas abajo. **El médico debe seleccionar** las declaraciones aplicables y completar la certificación abajo mencionada en el plazo de un año a partir de la fecha de la solicitud. Únicamente se aceptará una condición discapacitante si causa una de las limitaciones funcionales abajo indicadas. *\*No se aceptarán otras condiciones o más condiciones médicas manuscritas.*

- AM Persona con un brazo o una pierna amputada:** tiene un brazo o una pierna total o parcialmente amputados o ausentes por origen congénito, excluidas las extremidades de las manos (dedos) y los pies (dedos de los pies).
- BL Persona ciega:** tenga una agudeza visual central igual o inferior a 20/200 o una limitación del campo visual tal que el diámetro más amplio del campo visual subtienda un ángulo no superior a veinte grados en el mejor ojo con el uso de una lente correctora.
- DF Persona sorda:** tiene una pérdida auditiva profunda que lo obliga a depender principalmente de la comunicación visual (lenguaje de signos, lectura de labios, gestos) y de la tecnología de apoyo.
- WC Persona no ambulatoria:** tiene una discapacidad permanente que le impide caminar y, por tanto, necesita usar una silla de ruedas en todo momento.

**!** El médico **DEBE** estampar un sello en la parte inferior de la solicitud o presentar una carta con encabezado del proveedor en la que se indique explícitamente uno de los requisitos de elegibilidad mencionados en la sección B de la segunda parte.

## INFORMACIÓN DEL MÉDICO:

Primer nombre:

Apellido  Sufijo

Dirección postal

Ciudad o pueblo  Estado  Código postal

**NY**

Teléfono

Número de licencia

Certifico lo siguiente: el solicitante está incapacitado según lo indicado por mi selección de la calificación aplicable; estoy actualmente autorizado y ejerzo en el Estado de Nueva York; la información anterior es verdadera a mi mejor conocimiento; creo y entiendo que cualquier persona que a conciencia presente una declaración que contenga cualquier información materialmente falsa, u oculte con fines de engaño, información sobre cualquier hecho material de la misma, comete un acto fraudulento.

**CUALQUIER DECLARACIÓN FALSA HECHA EN ESTE DOCUMENTO ES PUNIBLE COMO UN DELITO MENOR DE CLASE "A" SEGÚN LA SECCIÓN 210.45 DE LA LEY PENAL.**

\_\_\_\_\_  
*Firma del médico*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Sello del médico*