



## **SOLICITUD AL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA RETIRO DE NIEVE**

**(debe postular anualmente)**

*El objetivo del programa, es abrir **SOLO ENTRADAS DE VEHÍCULOS**. Este programa es para los ciudadanos que tienen vivienda propia y no pueden hacer el trabajo por sí mismos debido a impedimentos médicos y que no tienen familiares que les puedan ayudar.*

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN FÍSICA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL

(si es distinta a la anterior): \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ REFERENCIA MÉDICA (médico): \_\_\_\_\_

¿Cómo y quién ha retirado la nieve de la entrada de su vehículo en el pasado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autorizo a la Ciudad de Warsaw a entrevistarme, y si fuese necesario, a mi médico personal a fin de determinar si califico para participar en el programa de asistencia para el retiro de nieve.

FIRMA: \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas sobre el retiro de nieve, comuníquese con el Departamento de Parques y Recreación de la Ciudad de Warsaw llamando al 574-372-9554, x604.

**Por favor envíe por correo o deposite esta postulación en:**

Warsaw Parks & Recreation Department

Attn: Snow Removal Program

800 N Park Avenue; Suite D

Warsaw, IN 46580

**SOLO PARA USO DE LA OFICINA**

Aprobado \_\_\_\_ .

Rechazado \_\_\_\_ MOTIVO: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_