



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: _____