

# *City of Camden*



## *Handicap*

## *Parking*



PLEASE PRINT ALL INFORMATION CLEARLY

ATTENTION ALL HANDICAP APPLICANTS



IF YOU HAVE AT YOUR RESIDENCE "OFF" STREET PARKING,  
SUCH AS, A DRIVEWAY IN FRONT OR REAR OF YOUR PROPERTY  
AND/OR LIVE IN AN APARTMENT COMPLEX WITH STREET  
PARKING, THEREFORE:

**YOU CANNOT APPLY FOR A HANDICAP  
PARKING SPACE.**

RESIDENTIAL HANDICAP PARKING.

POR FAVOR IMPRIMA TODA LA INFORMACIÓN CLARAMENTE

## ATENCIÓN SOLICITANTES DE HANDICAP DE ALLO



SI TIENE EN SU RESIDENCIA CUALQUIER APARCAMIENTO EN LA CALLE "*FUERA*", COMO UN CAMINO EN LA PARTE DELANTERA O TRASERA DE LA PROPIEDAD O VIVE EN UN COMPLEJO DE APARTAMENTOS CON ESTACIONAMIENTO EN LA CALLE, POR LO TANTO-

**NO PUEDE SOLICITAR UN ESPACIO DE ESTACIONAMIENTO PARA DISCAPACITADOS.**

PLEASE PRINT ALL INFORMATION CLEARLY  
POR FAVOR, IMPRIMIR TODA LA INFORMACION CLARAMENTE

The enclosed questionnaire is being sent to you as a result of your having expressed an interest in obtaining handicap parking for your residence. We ask that you please be mindful of the following points as you move through the process:

*El cuestionario adjunto está siendo enviado a usted como resultado de haber expresado su interés en obtener handicap parking para su residencia. Le pedimos que por favor sea consciente de los puntos siguientes como que se mueve a través del proceso:*

- New guidelines for obtaining a Residential Handicap space have been instituted; we ask that you return ALL documentation requested.

*Nuevas directrices para la obtención de un espacio residencial handicap se han instituido; pedimos que vuelva toda la documentación solicitada.*

- Please note that it will be necessary for your physician to complete a portion of the paperwork.

*Por Favor, Tenga en cuenta que será necesario que el medico para completar una parte de la documentación.*

- Also, there are fees associated with the award of a handicap parking space. PLEASE do not send any fees until you are asked to do so.

*También, hay honorarios relacionados con la adjudicación de un handicap parking. Por favor, no envíe ningún pago hasta que se le solicite.*

- As part of the process, it will be necessary for you to meet with the Review Committee. Please be certain to include your telephone number so that you may be contacted relative to scheduling an appointment when the time comes.

*Como parte del proceso, será necesario que usted tenga que reunirse con el comité de examen. Que se pondrá en contacto con usted para programar una cita cuando sea necesario.*

- We are working based on a waiting list – at this juncture your name is on the list. Be assured that we are moving through the list as quickly as is humanly possible. Your request will not be overlooked.

*Estamos trabajando basándose en una lista de espera por lo tanto, en este momento su nombre ha sido colocado en la lista de espera. Estar seguro de que nos estamos moviendo a través de la lista tan pronto como sea posible; su solicitud no será pasada por alto y estaremos en contacto de Nuevo tan pronto como sea humanamente posible.*

Please continue to be patient – we are working diligently to improve the system.

PLEASE PRINT ALL INFORMATION CLEARLY  
POR FAVOR, IMPRIMIR TODA LA INFORMACION CLARAMENTE

*Por favor, continúe a ser paciente con nosotros y estar seguros de que estamos trabajando con diligencia para mejorar el Sistema\*.*

Should you have any questions in the interim, dial 856-757-9300 and ask for extension 114.

*Si tiene alguna pregunta en el interin, marcar 856-757-7300 y preguntar por extension 114.*

### *Type of Signs*

Type 1- The authorized location shall be utilized by any one with handicap hang tag/plate.

Type 2- The authorized location shall only be utilized by the applicant and only by the vehicle which license plate/ hang tag corresponds with the number on the posted sign.

### *Application and Installation Fee*

Application fee is \$45 payable to the Camden City Parking Authority.

Installation Fee is \$100 payable to the City of Camden – DPW

### *Annual Renewal Registration Fee*

Annual renewal fee is \$20 payable to the Camden City Parking Authority for Type 1 designation.

Annual renewal fee is \$30 payable to the Camden City Parking Authority for Type 2 designation.

Violation and penalties- Any person improperly designated resident handicap parking restricted space shall be subject to the penalties under N.J.S.A

PLEASE PRINT ALL INFORMATION CLEARLY  
POR FAVOR, IMPRIMIR TODA LA INFORMACION CLARAMENTE

## The Process

- Each and every Resident is important to us. Please be patient --- we are working hard to iron out some wrinkles in the new procedures.
- As part of the process, it will be necessary for you to come into the office and meet with the Review Committee. Meetings are held only on Thursdays. You will be telephoned and/or contacted by mail with information on the next available appointment time.
- Once you are approved for a handicap parking space, your name is forwarded to City Council and Public Works for approval and installation. The entire process takes approximately four (4) to six (6) months.
- Also, there are fees associated with the award of residential handicap space. Attached is a copy of the Ordinance setting forth the fee schedule. However, it is important that you DO NOT send any fees until such time as you are asked to do so.

PLEASE PRINT ALL INFORMATION CLEARLY  
POR FAVOR, IMPRIMIR TODA LA INFORMACION CLARAMENTE

El proceso de solicitud de estacionamiento  
Para discapacitados Residencial

Es importante tener en cuenta que actualmente estamos haciendo nuestro camino a través de una lista de espera - - - en esta etapa, su nombre está puesto en la lista de espera.

Cada residente es importante para nosotros, no vamos a olvidar y / o negligencia de su petición. Le pedimos que tenga paciencia con nosotros porque, en esencia, el actual programa de estacionamiento residencial para discapacitados es Nuevo -- estamos trabajando duro para planchar las arrugas de edad y aplicar procedimientos nuevos y mejorados.

Como parte del Nuevo proceso, será necesario reunirse con el Comité de Revisión para una entrevista. Cada solicitante debe ser visto en la oficina por el Comité de Revisión una entrevista. Le llamó y programado para una cita cuando su nombre es el siguiente en la Lista de Espera.

Una vez que esté aprobado para un espacio de Estacionamiento para discapacitados por el Comité de Examen, su nombre se remite a la Alcaldía para ser puesto en el Orden del día de la próxima reunión a disposición del Ayuntamiento.

Una vez que esté aprobado oficialmente por el Ayuntamiento, el Departamento de Obras Públicas programará su dirección para la instalación de la señal con Discapacidad y / o marcas. Después de la aprobación del Ayuntamiento un plazo de 20 días se debe caer antes de que una vez más se envíe al Departamento de Obras públicas para ello para programar y enviar un equipo para instalar la señalización y pintura de la acera. Todo el proceso puede tardar aproximadamente cuatro (4) a cinco (5) meses.

Además, hay costos asociados con la adjudicación de plazas de aparcamiento para minusválidos residencial. Se adjunta una copia de la ordenanza estableciendo el programa de tarifas. Sin embargo, es importante que envíe la tasa hasta el momento en que se le llame y le pidió que lo haga.

*La Autoridad de Estacionamiento de la Ciudad de Camden*

*Espera que esto ayude*

*Para darle una mejor comprensión del proceso*

*¡Como nuestro vecino, usted es nuestra prioridad!*

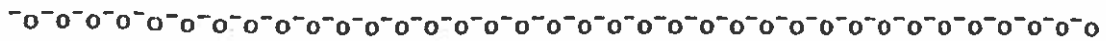


PLEASE PRINT ALL INFORMATION CLEARLY  
POR FAVOR, IMPRIMIR TODA LA INFORMACION CLARAMENTE



Please complete this portion  
of the questionnaire yourself and  
return with the doctor's completed portion.

--Thank you--



Por favor completar esta parte  
Del cuestionario usted mismo  
Con el medico la parte completada.

--Gracias--

PLEASE PRINT ALL INFORMATION CLEARLY  
POR FAVOR, IMPRIMIR TODA LA INFORMACION CLARAMENTE

**HANDICAP PARKING APPLICATION**

APPLICANT'S NAME: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE SOLICIANTE

APPLICANT'S ADDRESS: \_\_\_\_\_  
DIRECCION DE SOLICIANTE

APPLICANT'S TELEPHONE: \_\_\_\_\_  
NUMERO DE TELEFONO DE SOLICIANTE

.....

\*\* FILL IN IF APPLICABLE

DRIVER'S NAME: \_\_\_\_\_  
CONDUCTOR DE SOLICIANTE

DRIVER'S RELATIONSHIP TO APPLICANT: \_\_\_\_\_  
RELACION DEL CONDUCTOR A EL SOLICITANTE

DRIVER'S ADDRESS: \_\_\_\_\_  
DIRECCION DE CONDUCTOR

DRIVER'S TELEPHONE: \_\_\_\_\_  
NUMERO DE TELEPHONE DE CONDUCTOR

PLEASE PRINT ALL INFORMATION CLEARLY  
 POR FAVOR, IMPRIMIR TODA LA INFORMACION CLARAMENTE

Applicant's Name: \_\_\_\_\_

	MONDAY LUNES	TUESDAY MARTES	WEDNESDAY MIERCOLES	THURSDAY JUEVES	FRIDAY VIERNES	SATURDAY SABADO	SUNDAY DOMINGO
WORK/TRABAJO							
CHURCH/IGLESIA							
DOCTOR/DOCTOR							
PHYSICAL THERAPY/TERAPIA FISICA							
RECREATION/RECREACION							
SHOPPING/COMPRAS							

PLEASE GIVE AN APPROXIMATE TIMEFRAME IN WHICH MOST OF YOUR DAILY TRIPS ARE MADE (FOR EXAMPLE BETWEEN THE HOURS OF 9AM AND 5 PM)

POR FAVOR DE UN PLAZA APROXIMADO EN EL QUE LA MAYORIA DE SUS VIAJES DIARIOS SE REALIZAN (ES DECIR, ENTRE LAS HORAS DE 9 AM Y 5 PM)

	TIME(S)	DAYS(S)	WEEK	MONTH
WORK/TRABAJO				
CHURCH/IGLESIA				
DOCTOR/DOCTOR				
PHYSICAL THERAPY/TERAPIA FISICA				
RECREATION/RECREACION				
SHOPPING/COMPRAS				
OTHER				

NOTES OR FURTHER INFORMATION

---



---



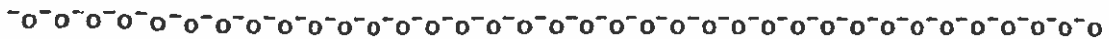
---

PLEASE PRINT ALL INFORMATION CLEARLY  
POR FAVOR, IMPRIMIR TODA LA INFORMACION CLARAMENTE



Please have your physician complete this portion of the packet.

Thank you.



Por Favor tenga su medico  
completer esta parte del paquete.

Gracias.

PLEASE PRINT ALL INFORMATION CLEARLY  
POR FAVOR, IMPRIMIR TODA LA INFORMACION CLARAMENTE



## CITY OF CAMDEN

### HANDICAP REVIEW COMMITTEE



APPLICATION FOR ON-STREET HANDICAPPED PARKING

### HANDICAP PERMIT MEDICAL FORM / HANDICAP PERMISO MEDICO FORMA

APPLICANT'S NAME: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE SOLICIANTE

*Dear Doctor/Estimado Doctor:*

*By virtue of the numerous applications for curbside handicapped parking privileges and our very limited facilities in certain neighborhoods, it is necessary for the City of Camden to review all applications initially and periodically thereafter to determine whether a reserved parking space is justified.*

*To this end, we are obligated to request that your initial certification of need on behalf the above named Applicant be elaborated. The Applicant must be ambulatory challenged use a device such as a wheelchair, crutches, walker, or cane prescribed by a physician for a permanent handicap condition. We will also require that your certification be renewed from time to time and/or that you be willing to discuss the matter with us.*

*The applicant has authorized you to provide the following information in clarification of your opinion. All responses are intended to relate an opinion based upon reasonable medical probability.*

- Please have your primary care physician complete this medical form. If you are only under the care of a Specialist, he or she should include any and all diagnoses.*
- Physician please note: Handicap parking spaces are granted on a case-by-case basis. Your documentation will assist the Committee in making a decision on whether to grant your patient a reserved space. Please explain in detail.*

PLEASE PRINT ALL INFORMATION CLEARLY  
POR FAVOR, IMPRIMIR TODA LA INFORMACION CLARAMENTE

Applicant's Name: \_\_\_\_\_

1. Please include all medical problems and state how they may impact on the need for a reserved parking space.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. What assistive devices does the patient use, if any? (Example cane, walker etc)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. What are the patient's physical limitations, if any? (Example walking distances)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. What is the prognosis regarding the patient's condition?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*I certify the attached information and opinions to be true.*

\_\_\_\_\_  
*Physician's Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_

*M.D. or D.O. Lic #* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Print Physician's Name & Address*

PLEASE PRINT ALL INFORMATION CLEARLY

**IMPORTANT!**



PLEASE DO NOT FORGET TO PROVIDE A CLEAR PHOTCOPY OF THE DOCUMENTS LISTED BELOW:

★ DRIVER'S LICENSE

★ VEHICLE REGISTRATION

★ DISABLED PERSON ID CARD

★ HANDICAP HANGTAG OR COPY OF LICENSE PLATE

★ UTILITY BILL SHOWING RESIDENTS NAME AND ADDRESS

I DO NOT HAVE A HANDICAP HANGTAG BUT I DO HAVE A HANDICAP LICENSE PLATE

PLEASE RETURN THE ENTIRE HANDICAP PACKAGE, INCLUDING THE ABOVE DOCUMENTS TO:

THE PARKING AUTHORITY CITY OF CAMDEN

10 DELAWARE AVE., CAMDEN, NEW JERSEY. 08103

POR FAVOR IMPRIMA TODA LA INFORMACIÓN CLARAMENTE

**¡IMPORTANTE!**



NO OLVIDE PROPORCIONAR UNA FOTCOPIA CLARA DE LA LISTA DE DOCUMENTOS A CONTINUACIÓN:

- ★ LICENCIA DE CONDUCIR
  - ★ REGISTRO DE VEHÍCULO
  - ★ TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONA DISCAPACITADA
  - ★ HANDICAP HANGTAG O COPIA DE LA PLACA DE LICENCIA
  - ★ FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL RESIDENTE
- NO TENGO UN COCHE PARA HANDICAP HANGTAG PERO TENGO PLACAS DE LICENCIA PARA HANDICAP

DEVUELVA EL PAQUETE COMPLETO QUE INCLUYE LOS DOCUMENTOS ANTERIORES A: LA AUTORIDAD DE APARCAMIENTO

10 DELAWARE AVE., CAMDEN, NUEVA JERSEY. 08103



# STOP

## PLEASE READ!

IT IS VITAL THAT YOU PROVIDE THE CORRECT  
INFORMATION

### Type 1-Disabled **Hang Tag**

- Placard holder/disabled parking hang tag
- Non-dedicated parking space
- Any placard holder can park in space
- \$120.00 fee

### Type 2- Disabled **License Plate**

- Disabled license plate
- Dedicated
- Only vehicle with the plate # on signage can park in the space
- \$145.00 fee

\*Letter to follow with payment instructions after application is reviewed