

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIO ESPECIAL**

**Sección I – Para que complete el residente:**

Yo, el abajo firmante, certifico que estoy físicamente impedido o de algún modo incapacitado para colocar la basura residencial y/o los contenedores de reciclaje en la acera para que los recoja la ciudad de Tulsa o su representante designado y que no hay ninguna otra persona físicamente capaz en el hogar para sacar la basura a la acera.

Tipo de discapacidad: \_\_\_\_\_

Favor de indicar en casilla si incapacidad es relacionada a la vista, tal como ceguera.

Debido a mi incapacidad de colocar mi(s) contenedor(es) en la acera para que sean recogidos, solicito el servicio especial de la División de Residuos Sólidos (Solid Waste Division) de la ciudad de Tulsa para que recojan la basura una vez por semana.

32 galones bote de basura	\$12.42 por mes
64 galones bote de basura	\$13.92 por mes
96 galones bote de basura	\$15.42 por mes
96 galones bote de reciclaje	Sin costo adicional

Nombre: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Mediante mi firma confirmo que todos los residentes de mi casa están discapacitados y cada uno ha recibido la aprobación de manera independiente en virtud de los criterios del programa de servicio especial o ha presentado los formularios para consideración del programa.

**Sección II – Para que complete el médico/To be completed by a licensed medical physician :**

Physician's Name: \_\_\_\_\_ Phone No: \_\_\_\_\_

Business Address: \_\_\_\_\_

I certify by my signature below that (patient's name) \_\_\_\_\_ is physically impaired or otherwise not capable of placing his/her residential trash and/or recycling carts curbside for pick up by the refuse hauler.

Physician Signature: \_\_\_\_\_

By my signature I confirm that I am a licensed medical doctor, doctor of osteopathic medicine or ophthalmologist.

For office use only

Date form was received: \_\_\_\_\_ Customer account number: \_\_\_\_\_

Approved:  Disapproved:  Reason for disapproval: \_\_\_\_\_

Approved by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_