



PUBLIC WORKS
Refuse and Recycling

Solicitud del Servicio de Recolección de Basura y Reciclaje para Personas con Limitaciones Físicas

Sección I – Debe ser completado por el residente:

Yo, certifico por medio de mi firma que tengo limitaciones físicas o de otra manera incapacitado para colocar la basura residencial y/o los contenedores de reciclaje en la acera para que los recoja la Ciudad de Tulsa y no hay ninguna otra persona en el hogar capacitada físicamente para poner los botes en la acera. Todos los residentes discapacitados deben llenar una Solicitud del Servicio de Recolección de Basura y Reciclaje para Personas con Limitaciones Físicas para ser considerados para el programa.

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

Table with 2 columns: Container Type and Monthly Cost. Rows include 32, 64, and 96 gallon trash bins, and a 96 gallon recycling bin.

Por favor tome en cuenta: Para recibir servicio los desechos de jardín aún deben ser puestos en bolsas transparentes o en manojos en la acera.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Sección II – Debe ser completado por un médico con licencia:/To be completed by a licensed medical:

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 at curb side 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: \_\_\_\_\_