



## Department of Sanitation Services Helping Hands Program Requirements

### PROGRAM DESCRIPTION

The City of Dallas Department of Sanitation Services provides garbage and recycle collection assistance to **physically disabled persons residing without an able-bodied person in the household**. Following approval of application and enrollment in the program, Sanitation crew members will retrieve the garbage and recycling roll carts on the assigned collection day from a predetermined location (usually at the side of the home), empty them, and return them to their original location.

### ELIGIBILITY

The Helping Hands Program is available to all Sanitation residential customers requiring garbage and recycle collection assistance services due to disability as defined in the section below, and who live without able-bodied household members. Participation may be subject to audit to verify eligibility. The program does not apply to monthly brush and bulky item collection services. This service is not available to commercial or institutional customers.

### DISABILITY DEFINITION

For the purposes of the Helping Hands Program, “disability” and “mobility problems” are defined, as provided in the Texas Transportation Code, as follows:

**Transportation Code, Section 681.001(2) defines a disability as a condition in which a person has:**

- (a) mobility problems that substantially impair the person's ability to ambulate;
- (b) visual acuity of 20/200 or less in the better eye with correcting lenses; or
- (c) visual acuity of more than 20/200 but with a limited field of vision in which the widest diameter of the visual field subtends an angle of 20 degrees or less.

**Transportation Code, Section 681.001(5) defines a mobility problem as one that substantially impairs a person's ability to ambulate, and the person:**

- (a) cannot walk 200 feet without stopping to rest;
- (b) cannot walk without the use of or assistance from an assistance device, including a brace, cane, crutch, another person or a prosthetic device;
- (c) cannot ambulate without a wheelchair or similar device;
- (d) is restricted by lung disease to the extent that the person's forced respiratory expiratory volume for one second, measured by spirometry, is less than one liter, or the arterial oxygen tension is less than 60 millimeters of mercury on room air at rest;
- (e) uses portable oxygen;
- (f) has a cardiac condition to the extent that the person's functional limitations are classified in severity as Class III or Class IV according to standards set by the American Heart Association;
- (g) is severely limited in the ability to walk because of an arthritic, neurological, or orthopedic condition;
- (h) has a disorder of the foot that, in the opinion of a physician licensed to practice medicine in this state or in a state adjacent to this state, limits or impairs the person's ability to walk; or
- (i) has another debilitating condition that, in the opinion of a physician licensed to practice medicine in this state or a state adjacent to this state, or authorized by applicable law to practice medicine in a hospital or other health facility of the Veterans Administration, limits or impairs the person's ability to walk.



## Department of Sanitation Services Helping Hands Program Requirements

### LICENSED MEDICAL PROFESSIONAL DISABILITY CERTIFICATION

Certification by a Licensed Medical Professional is a requirement of the Helping Hands Program. A Licensed Medical Professional must certify that the Applicant has a disability as defined in the section above and must identify whether the disability is permanent or temporary.

### FEES

Helping Hands collection service is provided at no additional cost to qualifying customers. The current monthly residential sanitation fee, which is subject to change, still applies.

### INITIATE SERVICE

Initiate Service by doing the following:

1. Complete the Helping Hands Program Application and Declaration of Special Need form. These forms can be downloaded from [Dallas.gov/Sanitation](https://dallas.gov/Sanitation). Create a Sanitation Helping Hands service request online at [Dallas.gov](https://dallas.gov) or through the Dallas 311 mobile app, answer all required questions, upload the required forms, and submit. If you cannot download the forms, proceed to Step 2.
2. Create a Sanitation Helping Hands service request online at [Dallas.gov](https://dallas.gov), through the Dallas 311 mobile app, or by calling 3-1-1. Provide how you would like to receive the required forms. Return the completed forms to Sanitation Headquarters by any of the options indicated below. Sanitation Service Agents can provide hand carry service only upon request. The service request will be placed on hold for up to 20 business days until completed forms are received.
  - a. **Email:** [SanBilling@dallas.gov](mailto:SanBilling@dallas.gov)
  - b. **Mail To:**  
City of Dallas  
Department of Sanitation Services  
Attn: Billing  
3112 Canton Street, Suite 200  
Dallas, Texas 75226
3. Schedule a site visit with a Sanitation representative. Upon submission of the completed forms, you will be contacted by phone and/or email to schedule a site visit to identify a mutually agreeable location for roll cart placement.

Helping Hands service usually begins within two weeks of receipt of completed forms and site visit.

## Department of Sanitation Services

### Helping Hands Program Requirements

#### ROLL CART PLACEMENT & COLLECTION SERVICE

Following application and submission of the required completed forms, a Sanitation representative will contact the applicant to arrange a site visit to determine an appropriate and mutually agreeable location for the storage and weekly collection service of the garbage and recycle roll cart(s). Roll cart placement is subject to the provisions of the Dallas City Code. Additionally, the collection location must be generally visible and accessible from the curb or alley, and not behind a fence or partition. The collection point will generally be consistent with other households on the block. For example, if garbage and recycle is collected from the curb for other homes on the block, the applicant's roll cart(s) will also be serviced from the curb. Sanitation may require the roll cart placement to change for safety or collection efficiency reasons. Please DO the following:

- Garbage should be bagged and placed in the gray roll cart(s) with the lid closed.
- Recyclables should NOT be bagged. Place recyclables loose in the blue roll cart(s) with the lid closed.
- Recycle materials should be clean and dry (soiled materials and liquids can contaminate the contents of the entire roll cart).
- Collapse and flatten cardboard boxes when placing in the blue roll cart(s).
- Have the roll cart(s) at the approved designated collection point.

Failure to follow collection guidelines may result in denial of service, additional fees, and/or citation, in accordance with Dallas City Code Section 18-4. Visit [Dallas.gov/Sanitation](https://dallas.gov/Sanitation) for complete garbage and recycle rules and regulations.

#### RENEWAL

Participants must renew enrollment in the Helping Hands Program every two years on or before the initial start date. To ensure services do not terminate, participants should:

1. Initiate the renewal 30-45 days prior to the expiration/end date by submitting a Sanitation Helping Hands service request online at [Dallas.gov](https://dallas.gov), through the Dallas 311 mobile app, or by calling 3-1-1.
2. Submit an Application and Declaration of Special Need form.

Failure to complete the renewal requirements prior to the expiration/end date of the service period will result in the discontinuance of the Helping Hands Program service and reversion to standard collection services.

#### CANCELLATION

Helping Hands Program customers should notify Sanitation immediately regarding a change in their eligibility for program participation. A participant is no longer eligible for the program if:

- The participant no longer meets the disability definition as provided above; or
- There is an able-bodied person residing in the home.

To cancel Helping Hands collection service, submit a Sanitation Helping Hands service request online at [Dallas.gov](https://dallas.gov), through the Dallas 311 mobile app, or by calling 3-1-1. Select the "Cancel Service" option when asked "What is the nature of your request?"



## Department of Sanitation Services Helping Hands Program Requirements

### OTHER TERMS AND CONDITIONS

The provision of solid waste collection services is provided in accordance with Dallas City Code Chapter 18, Article I. Failure to abide by the ordinances set forth in the Dallas City Code may result in criminal and civil penalties, fees, and/or denial of service.

**The City of Dallas Department of Sanitation Services may terminate Helping Hands Program service without notice for:**

- Failure to renew,
- Failure to provide accurate and complete information,
- Failure to place roll carts at the approved point of location,
- Failure to adhere to the rules provided in the Helping Hands Program Requirements or Dallas City Code, or
- Lack of resources to provide the service.

The Director of Sanitation may make changes to program rules or discontinue providing Helping Hands collection service for any other reason communicated in writing to the participant no later than 30 days prior to discontinuance.



## Department of Sanitation Services Helping Hands Program Application

**Instructions:** Review the Helping Hands Program Requirements prior to completing this form. Participation in the Helping Hands Program is subject to submission of complete and accurate information, including this Application and a Declaration of Special Need form. Applicants must renew every two (2) years to maintain eligibility.

**INTENTIONAL MISREPRESENTATION IN THIS DOCUMENT IS A MISDEMEANOR PUNISHABLE BY A FINE  
NOT TO EXCEED \$500 PURSUANT TO SECTION 18-9 OF THE DALLAS CITY CODE**

Please Check One: ☐ Initial Application ☐ Renewal

### PLEASE PRINT RESPONSES

| APPLICANT NAME |        |      |
|----------------|--------|------|
|                |        |      |
| FIRST          | MIDDLE | LAST |

| RESIDENTIAL SERVICE ADDRESS |               |        |  |
|-----------------------------|---------------|--------|--|
| Street Address:             |               |        |  |
| Street Address (cont.):     |               |        |  |
| City, State:                | DALLAS, TEXAS | ZIP:   |  |
| Phone:                      |               | Email: |  |
| Water Account No.:          |               |        |  |

| APPLICANT'S CERTIFICATION — To be completed by Applicant or their legal guardian or attorney-in-fact                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| I, the undersigned Applicant, have received the Helping Hands Program Requirements and I meet the Helping Hands Program eligibility requirements. I authorize my Licensed Medical Professional to disclose the existence of a permanent or temporary disability. I understand that it is my responsibility to re-submit this Application and Declaration of Special Need form every two years from the date of acceptance by the City of Dallas for the continuance of residential sanitation collection assistance. |       |
| Applicant Signature:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Date: |
| Applicant/Legal Guardian/Attorney-In-Fact                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |

| DISABILITY CERTIFICATION (Not required for renewals related to previously certified permanent disabilities)                                                                                                                                            |                                                                                                                               |              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|
| <b>To be completed by a Licensed Medical Professional</b> - A Licensed Medical Professional is a physician, podiatrist, optometrist, or qualifying physician's assistant or advanced practice nurse as defined in Chapter 301, Texas Occupations Code. |                                                                                                                               |              |  |
| I, the undersigned Licensed Medical Professional, certify that the applicant named above has a disability as defined in the Helping Hands Program Requirements.                                                                                        |                                                                                                                               |              |  |
| Nature of Disability:                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporary (Estimated Length of Disability is from _____ to _____) |              |  |
| Licensed Medical Prof. Name:                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                               | License No.: |  |
| Business Address:                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                               |              |  |
| Business Address (cont.):                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                               | City/State:  |  |
| Business Phone:                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                               | ZIP:         |  |
| Signature of Licensed Medical Professional:                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                               | Date:        |  |

| FOR SANITATION BILLING USE ONLY                                                                                                        |  |           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--|
| Sanitation Billing has reviewed the Application and Declaration for the above-named residential service address and hereby determines: |  |           |  |
| START DATE:                                                                                                                            |  | END DATE: |  |
| SAN EMPLOYEE NAME:                                                                                                                     |  | DATE:     |  |



**Department of Sanitation Services**  
**Declaration of Special Need**

For municipal solid waste collection service through the Department of Sanitation Services Helping Hands Program, Section 18-9(c)(8) of the Dallas City Code provides pack-out or drive-in service for individuals with a qualifying disability. Upon approval of the program application, pack-out or drive-in service will be provided at the rate for alley or curb collection service.

I, \_\_\_\_\_, state that:  
**(Applicant's Printed Name)**

1. I have a disability as defined in the Helping Hands Program Requirements that substantially limits me from being able to transport municipal solid waste (e.g., household garbage and recycling) from my residence to the designated collection point in the alley or at the curb.
2. There is no one residing in my residence who is able to transport municipal solid waste (e.g., household garbage and recycling) from my residence to the designated collection point in the alley or on the curb.
3. I agree to immediately notify the Department of Sanitation Services in the manner provided in the Helping Hands Program Requirements of any change in the situation(s) referenced in paragraphs 1 and/or 2 above. I understand that such notification may result in the termination of my enrollment in the Helping Hands Program.

**I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. I further understand that any intentional misrepresentation in this document is punishable by a fine not to exceed \$500 pursuant to section 18-9 of the Dallas City Code.**

\_\_\_\_\_  
**Applicant's Residential Address**

\_\_\_\_\_  
**Applicant's Signature**

**Dallas Water Utilities**  
**Account #** \_\_\_\_\_

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

#### DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El Departamento de Servicio de Aseo y Recolección de Basura de la Ciudad de Dallas brinda asistencia para la recolección de basura y reciclaje a **personas con discapacidades físicas que residen en un hogar sin una persona capaz**. Después de la aprobación de la solicitud y la inscripción en el programa, los miembros del equipo del Departamento de Servicio de Aseo y Recolección de Basura retirarán los carritos de basura y reciclaje en el día de recolección asignado desde un lugar previamente establecido (generalmente al costado de la casa), los vaciarán y los devolverán a su ubicación original.

#### REQUISITOS

El Programa Manos Amigas está disponible para todos los clientes residenciales de Servicio de Aseo y Recolección de Basura que requieren servicios de asistencia para la recolección de basura y reciclaje debido a una discapacidad como se define en la sección a continuación, y que viven en un hogar sin otra persona capaz. La participación puede estar sujeta a auditoría para verificar que cumplen con los requisitos. El programa no se aplica a los servicios mensuales de recolección de arbustos y artículos voluminosos. Este servicio no está disponible para clientes comerciales o institucionales.

#### DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD

A efectos del Programa Manos Amigas, "discapacidad" y "problemas de movilidad" se definen, según lo dispuesto en el Código de Transporte de Texas, de la siguiente manera:

**El Código de Transporte, Sección 681.001(2) define una discapacidad como una condición en la que una persona tiene:**

- (a) problemas de movilidad que afectan sustancialmente la capacidad de la persona para andar;
- (b) agudeza visual de 20/200 o menos en el mejor ojo con lentes correctores; o
- (c) agudeza visual de más de 20/200 pero con un campo de visión limitado en el que el diámetro más amplio del campo visual delimita un ángulo de 20 grados o menos.

**El Código de Transporte, Sección 681.001(5) define un problema de movilidad como uno que afecta sustancialmente la capacidad de una persona para andar, y la persona:**

- (a) no puede caminar 200 pies sin detenerse a descansar;
- (b) no puede caminar sin el uso o la ayuda de un dispositivo de asistencia, incluido un aparato ortopédico, un bastón, una muleta, otra persona o un dispositivo prostético;
- (c) no puede deambular sin una silla de ruedas o un dispositivo similar;
- (d) está restringida por una enfermedad pulmonar en la medida en que el volumen espiratorio forzado de la persona durante un segundo, medido por espirometría, es inferior a un litro, o la tensión arterial de oxígeno es inferior a 60 milímetros de mercurio en el aire ambiente en reposo;
- (e) utiliza oxígeno portátil;
- (f) tiene una afección cardíaca en la medida en que las limitaciones funcionales de la persona se clasifican en gravedad como Clase III o Clase IV de acuerdo con los estándares establecidos por la Asociación Americana del Corazón;
- (g) tiene muy limitada su capacidad para caminar debido a una afección artrítica, neurológica u ortopédica;
- (h) tiene un trastorno del pie que, en opinión de un médico autorizado para ejercer la medicina en este estado o en un estado adyacente a este estado, limita o afecta la capacidad de la persona para caminar; o
- (i) tiene otra condición debilitante que, en opinión de un médico autorizado para ejercer la medicina en este estado o en un estado adyacente a este estado, o autorizado por la ley aplicable para practicar la medicina en un hospital u otro centro de salud de la Administración de Veteranos, limita o impide la capacidad de la persona para caminar.

#### CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD POR PROFESIONAL MÉDICO AUTORIZADO

La certificación por parte de un profesional médico autorizado es un requisito del Programa Manos Amigas. Un profesional médico autorizado debe certificar que el solicitante tiene una discapacidad según se define en la sección anterior y debe identificar si la discapacidad es permanente o temporal.

#### TARIFAS

El servicio de recolección de Manos Amigas se proporciona sin costo adicional para los clientes que califiquen. La tarifa mensual actual de recolección de basura residencial, que está sujeta a cambios, aún se aplica.

#### INICIAR EL SERVICIO

Inicie el servicio haciendo lo siguiente:

1. Complete el formulario de Solicitud y Declaración de Necesidad Especial del Programa Manos Amigas. Estos formularios se pueden descargar en [Dallas.gov/Sanitation](https://dallas.gov/Sanitation). Cree una solicitud de servicio de Manos Amigas en línea en Dallas.gov o a través de la aplicación móvil Dallas 311, responda todas las preguntas requeridas, cargue los formularios requeridos y envíelos. Si no puede descargar los formularios, continúe con el Paso 2.
2. Cree una solicitud de servicio de Manos Amigas en línea en [Dallas.gov](https://dallas.gov), a través de la aplicación móvil Dallas 311 o llamando al 3-1-1. Indique cómo le gustaría recibir los formularios requeridos. Devuelva los formularios completados a la Sede del Departamento de Servicio de Aseo y Recolección de Basura por cualquiera de las opciones que se indican a continuación. Los trabajadores de Servicio de Aseo y Recolección de Basura pueden proporcionar el servicio de transporte manual solo si lo solicitan. La solicitud de servicio se pondrá en espera por hasta 20 días hábiles hasta que se reciban los formularios completados.
  - a. **Correo electrónico:** [SanBilling@Dallas.gov](mailto:SanBilling@Dallas.gov)
  - b. **Enviar por correo a:**  
City of Dallas  
Department of Sanitation Services  
Attn: Billing  
3112 Canton Street, Suite 200  
Dallas, Texas 75226
3. Programe una visita al sitio con un representante del Departamento de Servicio de Aseo y Recolección de Basura. Una vez enviados los formularios completados, se le contactará por teléfono y/o correo electrónico para programar una visita al sitio e identificar un lugar mutuamente acordada para la colocación del carro rodante.

El servicio de Manos Amigas generalmente comienza dentro de las dos semanas posteriores a la recepción de los formularios completados y la visita al sitio.

#### SERVICIO DE COLOCACIÓN Y RECOLECCIÓN DE CARROS RODANTES

Después de la solicitud y presentación de los formularios completos requeridos, un representante de Servicio de Aseo y Recolección de Basura se comunicará con el solicitante para organizar una visita al sitio para determinar una ubicación apropiada y mutuamente aceptable para el servicio de almacenamiento y recolección semanal de los carros rodantes de basura y reciclaje. La colocación de carros rodantes está sujeta a las disposiciones del Código de la Ciudad de Dallas. Además, el lugar de recolección debe ser generalmente visible y accesible desde la acera o el callejón, y no detrás de una cerca o partición. El punto de recolección generalmente será consistente con otros hogares en la cuadra. Por ejemplo, si la basura y el reciclaje se recogen de la acera para otras casas de la cuadra, los carros rodantes del solicitante también recibirán el servicio desde la acera. El Departamento de Servicio de Aseo y Recolección de Basura puede requerir que se cambie la ubicación del carro rodante por razones de seguridad o eficiencia de recolección. Por favor, haga lo siguiente:

- La basura debe embolsarse y colocarse en los carros rodantes grises con la tapa cerrada.
- Los materiales reciclables NO deben embolsarse. Coloque los materiales reciclables sueltos en los carros rodantes azules con la tapa cerrada.
- Los materiales reciclados deben estar limpios y secos (los materiales sucios y líquidos pueden contaminar el contenido de todo el carro rodante).
- Colapse y aplaste las cajas de cartón cuando las coloque en los carros rodantes azules.
- Coloque los carros rodantes en el punto de recolección designado aprobado.

El incumplimiento de las pautas de recolección puede resultar en la denegación de servicio, tarifas adicionales y/o citaciones, de acuerdo con la Sección 18-4 del Código de la Ciudad de Dallas. Visite [Dallas.gov/Sanitation](https://dallas.gov/Sanitation) para ver todas las reglas y regulaciones de basura y reciclaje.

#### RENOVACIÓN

Los participantes deben renovar su inscripción en el Programa Manos Amigas cada dos años en o antes de la fecha de inicio inicial. Para garantizar que el servicio no se interrumpa, los participantes deben:

1. Iniciar la renovación de 30 a 45 días antes de la fecha de vencimiento/finalización enviando una solicitud de servicio del Programa Manos Amigas del Departamento de Servicio de Aseo y Recolección de Basura en línea en [Dallas.gov](https://dallas.gov), a través de la aplicación móvil Dallas 311 o llamando al 3-1-1.
2. Presentar un formulario de Solicitud y Declaración de Necesidad Especial.

El no completar los requisitos de renovación antes de la fecha de vencimiento/finalización del período de servicio resultará en la interrupción del servicio del Programa Manos Amigas y la reversión a los servicios de recolección estándar.

## Departamento de Servicio de Aseo y Recolección de Basura

### Requisitos del Programa Manos Amigas

#### CANCELACIÓN

Los clientes del Programa Manos Amigas deben notificar al Departamento de Servicio de Aseo y Recolección de Basura de inmediato sobre un cambio en el cumplimiento de los requisitos para participar en el programa. Un participante ya no cumple con los requisitos para el programa si:

- El participante ya no cumple con la definición de discapacidad según lo dispuesto anteriormente; o
- Hay una persona capaz que reside en el hogar.

Para cancelar el servicio de recolección de Manos Amigas, envíe una solicitud de servicio del Programa Manos Amigas del Departamento de Servicio de Aseo y Recolección de Basura en línea en [Dallas.gov](https://dallas.gov), a través de la aplicación móvil Dallas 311 o llamando al 3-1-1. Seleccione la opción "Cancelar servicio" cuando se le pregunte "¿Cuál es la naturaleza de su solicitud?".

#### OTROS TÉRMINOS Y CONDICIONES

La prestación de servicios de recolección de desechos sólidos se proporciona de acuerdo con el Capítulo 18, Artículo I del Código de la Ciudad de Dallas. El incumplimiento de las ordenanzas establecidas en el Código de la Ciudad de Dallas puede resultar en sanciones penales y civiles, tarifas y/o denegación de servicio.

**El Departamento de Servicio de Aseo y Recolección de Basura de la Ciudad de Dallas puede cancelar el servicio del Programa Manos Amigas sin previo aviso por:**

- Falta de renovación,
- No proporcionar información precisa y completa,
- No colocar los carros rodantes en el punto de ubicación aprobado,
- No cumplir con las reglas provistas en los Requisitos del Programa Manos Amigas o el Código de la Ciudad de Dallas, o
- Falta de recursos para prestar el servicio.

El director del Departamento de Servicio de Aseo y Recolección de Basura puede hacer cambios a las reglas del programa o dejar de proporcionar el servicio de recolección de Manos Amigas por cualquier otra razón comunicada por escrito al participante a más tardar 30 días antes de la interrupción.



Departamento de Servicio de Aseo y Recolección de Basura  
Solicitud del Programa Manos Amigas

**Instrucciones:** Revise los Requisitos del Programa Manos Amigas antes de completar este formulario. La participación en el Programa Manos Amigas está sujeta a la presentación de información completa y precisa, incluyendo esta Solicitud y un formulario de Declaración de Necesidad Especial. Los solicitantes deben renovar cada dos (2) años para mantener su derecho de participar.

**LA FALSIFICACIÓN INTENCIONAL EN ESTE DOCUMENTO ES DELITO MENOR CASTIGABLE CON UNA MULTA QUE NO EXCEDA LOS \$500 DE ACUERDO CON LA SECCIÓN 18-9 DEL CÓDIGO DE LA CIUDAD DE DALLAS**

Por favor, marque uno: ☐ Solicitud inicial ☐ Renovación

**POR FAVOR, ESCRIBA LAS RESPUESTAS**

| NOMBRE DEL SOLICITANTE |                |          |
|------------------------|----------------|----------|
|                        |                |          |
| PRIMER NOMBRE          | SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO |

| DIRECCIÓN DE SERVICIO RESIDENCIAL |               |                     |  |
|-----------------------------------|---------------|---------------------|--|
| Dirección:                        |               |                     |  |
| Dirección (cont.):                |               |                     |  |
| Ciudad, Estado:                   | DALLAS, TEXAS | CODIGO POSTAL:      |  |
| Teléfono:                         |               | Correo electrónico: |  |
| Nº de Cuenta de Agua:             |               |                     |  |

| CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE - Debe ser completada por el solicitante o su tutor legal o abogado apoderado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Yo, el Solicitante abajo firmante, he recibido los Requisitos del Programa Manos Amigas y cumpro con los requisitos del programa. Autorizo a mi médico profesional autorizado a revelar la existencia de una discapacidad permanente o temporal. Entiendo que es mi responsabilidad volver a presentar esta Solicitud y Declaración de Necesidad Especial cada dos años a partir de la fecha de aceptación por parte de la Ciudad de Dallas para la continuación de la asistencia de recolección de basura residencial. |        |
| Firma del solicitante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fecha: |
| Solicitante/Tutor legal/ Abogado apoderado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |

| CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD (No se requiere para renovaciones relacionadas con discapacidades permanentes previamente certificadas)                                                                                                                                      |                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A ser completado por un Profesional Médico Autorizado</b> - Un Profesional Médico Autorizado es un médico, podólogo, optometrista o asistente médico calificado o enfermero de práctica avanzada según se define en el Capítulo 301 del Código de Ocupaciones de Texas. |                                                                                                                                   |
| Yo, el Profesional Médico Autorizado abajo firmante, certifico que el solicitante mencionado anteriormente tiene una discapacidad según se define en los Requisitos del Programa Manos Amigas.                                                                             |                                                                                                                                   |
| Naturaleza de la discapacidad:                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal (La Duración Estimada de la Discapacidad es de ____ a ____) |
| Profesional Médico Autorizado Nombre:                                                                                                                                                                                                                                      | No. de Licencia:                                                                                                                  |
| Dirección del consultorio:                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                   |
| Dirección del consultorio (cont.):                                                                                                                                                                                                                                         | Ciudad/Estado:                                                                                                                    |
| Teléfono del consultorio:                                                                                                                                                                                                                                                  | CODIGO POSTAL:                                                                                                                    |
| Firma del Profesional Médico Autorizado:                                                                                                                                                                                                                                   | Fecha:                                                                                                                            |

| ONLY FOR SANITATION BILLING USE                                                                                                            |  |             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|--|
| Sanitation Billing has reviewed the Application and the Statement for the Aforementioned residential service address and hereby determine. |  |             |  |
| INITIAL DATE:                                                                                                                              |  | FINAL DATE: |  |
| NAME OF EMPLOYEE SAN:                                                                                                                      |  | DATE:       |  |



## Departamento de Servicio de Aseo y Recolección de Basura Declaración de Necesidad Especial

Para el servicio de recolección de residuos sólidos municipales mediante el Programa Manos Amigas del Departamento de Servicio de Aseo y Recolección de Basura, la Sección 18-9(c)(8) del Código de la Ciudad de Dallas ofrece el servicio de recolección externa o recolección directa para individuos con una discapacidad calificada. Tras la aprobación de la solicitud del programa, se proporcionará el servicio de recolección externa o recolección directa a la tarifa correspondiente al servicio de recolección en callejón o en la acera.

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que:  
(Nombre del Solicitante en letra de imprenta)

1. Tengo una discapacidad según lo definido en los Requisitos del Programa Manos Amigas que me limita considerablemente para poder transportar los residuos sólidos municipales (por ejemplo, basura doméstica y reciclaje) desde mi residencia hasta el punto de recolección designado en el callejón o en la acera.
2. No hay nadie que resida en mi domicilio que pueda transportar los residuos sólidos municipales (por ejemplo, basura doméstica y reciclaje) desde mi residencia hasta el punto de recolección designado en el callejón o en la acera.
3. Estoy de acuerdo en notificar inmediatamente al Departamento de Servicio de Aseo y Recolección de Basura de cualquier cambio en la(s) situación(es) mencionada(s) en los párrafos 1 y/o 2 anteriores, respecto a los Requisitos del Programa Manos Amigas. Entiendo que dicha notificación puede resultar en la terminación de mi inscripción en el Programa Manos Amigas.

**Declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto. Además, entiendo que cualquier falsificación intencional en este documento es castigable con una multa que no excederá los \$500, de acuerdo con la sección 18-9 del Código de la Ciudad de Dallas.**

\_\_\_\_\_  
Dirección Residencial del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

# de Cuenta de Servicios de Agua de  
Dallas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha