



DEPARTAMENTO DE RECURSOS NATURALES DE IOWA

Servicio al cliente

6200 Park Ave Ste 200, Des Moines IA 50321

(515) 725-8200 | www.iowadnr.gov

Solo para uso del departamento			
N.º de DNR:		Emitido por:	
N.º de código:	836	Fecha de emisión:	

**SOLICITUD DE LICENCIA DE PESCA ANUAL GRATUITA PARA RESIDENTES CON DISCAPACIDAD**  
**Para personas mayores de 16 años con discapacidades físicas o mentales graves**

Si completa en línea, utilice la tecla "TAB" para navegar a través de este formulario. **No presione Entrar.**

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_  
 \*N.º de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 N.º de licencia/identificación de Iowa: \_\_\_\_\_ N.º de DNR del cliente (si se conoce): \_\_\_\_\_  
 Color de ojos: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ ft. \_\_\_\_\_ in. Peso: \_\_\_\_\_ lbs. Color de pelo: \_\_\_\_\_  
 Género:  Masculino  Femenino Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\*El Departamento de Recursos Naturales de Iowa debe recopilar números de seguro social de todas las personas que obtengan una licencia de caza, pesca u otra licencia recreativa según la sección 252J.8 del Código de Iowa y el Código 42 de EE. UU. 666(a)(13). Su número de seguro social servirá como su número de identificación principal para determinar su elegibilidad para obtener licencias. Se proporcionará a las agencias encargadas de hacer cumplir la ley y a la Unidad de Cobro de Manutención Infantil de Iowa para establecer, modificar y hacer cumplir las obligaciones de manutención infantil y para cobrar las obligaciones adeudadas al estado o a una agencia estatal. **NO** aparecerá en su licencia.

**Sección 1: REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD Y LISTA DE VERIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

Para calificar para una licencia de pesca anual gratuita para residentes discapacitados, **debe cumplir con todos los requisitos siguientes.** Puede ver información adicional sobre elegibilidad en la Sección 3 de este formulario. Complete la lista de verificación a continuación y envíe su solicitud completa a una de las oficinas del DNR que figuran en la página 2 de este formulario.

- Tengo 16 años de edad o más Y estoy gravemente discapacitado mental o físicamente según se define en el Código Administrativo de Iowa, Capítulo 571-15.24(483A). (Consulte los criterios específicos que se describen a continuación)
- Certificación del médico (completada por su médico tratante; consulte la Sección 3)
- Una declaración médica del médico tratante que especifique su discapacidad en un papel de escritorio de 8 ½" x 11" o en papel con el membrete de su médico tratante. (A los efectos de esta regla, el médico tratante debe ser un doctor en medicina, un osteópata, un asistente médico o un enfermero practicante actualmente en ejercicio).

**Sección 2: CÓDIGO ADMINISTRATIVO DE IOWA, CAPÍTULO 571-15.24 (483A)**

**571--15.8(483A) Licencia de pesca anual gratuita para personas que tengan discapacidades físicas o mentales severas permanentes.**

**15.8(1) Propósito.** De conformidad con la subsección 483A.24(9) del Código de Iowa, el Departamento de Recursos Naturales emitirá una licencia de pesca anual gratuita a los residentes de Iowa de 16 años o más que tengan discapacidades físicas o mentales graves que cumplan con las definiciones de "Discapacidad mental grave" y "Discapacidad física grave" en 15.24(2).

**15.8(2) Definiciones.** A los efectos de esta regla, se aplican las siguientes definiciones:

**"Discapacidad mental grave"** significa una persona que tiene afecciones crónicas graves **en todas las áreas siguientes** que:

1. Son atribuibles a un impedimento mental o una combinación de impedimentos mentales y físicos;
  2. Resultan en limitaciones funcionales sustanciales en tres o más de las siguientes áreas de las principales actividades de la vida: autocuidado, lenguaje receptivo y expresivo, aprendizaje, movilidad, autodirección, capacidad para una vida independiente o autosuficiencia económica;
  3. Reflejan la necesidad de la persona de una combinación y secuencia de servicios que se planifican y coordinan individualmente;
- Y**
4. Requieren la **asistencia de tiempo completo de otra persona** para mantener una presencia segura al aire libre.

**"Discapacidad física grave"** significa una discapacidad que limita o perjudica la movilidad de la persona o el uso de una mano o brazo **Y** que requiere la **asistencia de tiempo completo de otra persona** o que hace que la persona dependa de una silla de ruedas para su rutina de vida normal.

**Sección 3: CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO (debe ser el médico tratante actual del solicitante)**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente certifico que soy el médico tratante del solicitante mencionado anteriormente y declaro que dicho solicitante tiene una discapacidad física o mental grave según se define en el Código Administrativo de Iowa, Capítulo 571-15.24 (483A), que se encuentra en la Sección 2 de la solicitud.

He incluido una declaración en mi papel con membrete de tamaño 8 ½ x 11 que indica si el solicitante mencionado anteriormente tiene o no una **discapacidad física o mental grave de acuerdo con el Código de Iowa 571-15.24(2) (enumere el motivo específico utilizando el lenguaje en la página 1 de este formulario) y requiere asistencia de tiempo completo de otra persona o depende de una silla de ruedas para la rutina de vida normal de la persona.** (El solicitante debe presentar esta declaración junto con la solicitud para calificar).

\_\_\_\_\_  
Firma del médico tratante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SECCIÓN 4: RECONOCIMIENTO DEL SOLICITANTE**

**DEBE MARCAR junto a cada una de las siguientes declaraciones como reconocimiento de su comprensión:**

Entiendo que la licencia de pesca anual gratuita será emitida por el Departamento de Recursos Naturales de Iowa tras la verificación de elegibilidad. La licencia emitida bajo esta regla tendrá validez hasta el 10 de enero del año siguiente. Debo proporcionar prueba de elegibilidad **cada** año para poder obtener una nueva licencia.

Entiendo que las personas que pescan con esta licencia deberán comprar una tarifa de trucha si pescan o poseen truchas.

Entiendo que **proporcionar información falsa en esta solicitud invalidará mi licencia y que puedo estar sujeto a multas y prisión por realizar una entrada falsa en un registro público en violación del Código de Iowa 714.8(4), y por cazar, pescar o capturar sin una licencia válida en violación del Código 483A de Iowa.**

Entiendo que mi solicitud de licencia **NO** se procesará sin receta en una oficina del DNR y que es posible que se requiera un mínimo de 2 semanas para fines de verificación. Tras la verificación de la elegibilidad para la licencia, entiendo que mi licencia se enviará por correo a la dirección que figura en esta solicitud.

Para procesar su solicitud de licencia, proporcione su solicitud completa (firmada, rubricada y fechada) y la declaración médica de su médico a cualquiera de las oficinas del Departamento de Recursos Naturales de Iowa a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**UBICACIONES DEL DNR DE IOWA:**

	NW Regional Office Spirit Lake Fish Hatchery 122 252 <sup>nd</sup> Ave Spirit Lake, IA 51360 Teléfono: (712) 336-1840	DNR Central Office 6200 Park Ave Ste 200 Des Moines IA 50321 Teléfono: (515) 725-8200 Fax: (515) 725-8201 <a href="mailto:Webmaster@dnr.iowa.gov">Webmaster@dnr.iowa.gov</a>	SW Regional Office Cold Springs State Park 57744 Lewis Rd Lewis, IA 51544-5103 Teléfono: (712) 769-2587
---	---	---	---

**(Espere un mínimo de dos semanas para procesar las solicitudes enviadas por correo)**