



Los clientes que no puedan llevar su(s) bote(s) de residuos sólidos al borde de la calle según certificado por un profesional médico pueden calificar para asistencia de recolección. Completa y entregue esta aplicación por correo a él Bexar County Solid Waste Division, 1948 Probandt St., San Antonio, TX 78214; o e-mail a [BexarSolidWaste@bexar.org](mailto:BexarSolidWaste@bexar.org)

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Código Costal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**DEBE SER LLENADO POR EL SOLICITANTE/CLIENTE**

Yo, el solicitante firmante abajo, certifico que  **Temporalmente**  **Permanentemente** no estoy en condiciones físicas para mover mis botes residenciales de residuos sólidos al borde de la calle para la recolección. También certifico que:

1. No hay nadie viviendo en mi hogar que pueda colocar los botes en la calle.
2. Yo entiendo que el tamaño predeterminado para este servicio es el bote mediano de 95g.
3. Yo le notificare al departamento si cambian mis circunstancias. (ej. alguien más se muda).
4. Yo entiendo que esta aplicación necesita ser sometida anualmente para continuar recibiendo la asistencia.
5. Yo le autorizo a mi médico a completar el formulario de abajo.
6. Yo entiendo que el incumplimiento de estas reglas puede resultar en la discontinuación de la asistencia de recolección.

Al firmar abajo, **AUTORIZO AL VENDEDOR DE DESECHOS SOLIDOS SELECCIONADO POR EL CONDADO DE BEXAR Y EL VENDEDOR QUE ENTRE A MI PROPIEDAD POR EL PROPOSITO DE SACAR Y VACIAR MI BOTE DE BASURA.**

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

**TO BE COMPLETED BY A LICENSED MEDICAL PROFESSIONAL**

I, \_\_\_\_\_, certify that I am a licensed medical professional and assert that the person identified above is currently unable to move the solid waste collection cart to the curb for service.

I further certify that the disability is:

- Temporary in nature (12 months or less)  
 Permanent in nature (continuing for the applicant's lifetime)

Name \_\_\_\_\_ Professional License # \_\_\_\_\_

Office Phone \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_