

# PROYECTO DEL PUENTE ELEVADO DE WEST SEATTLE

## SOLICITUD DE ACCESO AL PUENTE GIRATORIO DE SPOKANE ST (PUENTE DE BAJO NIVEL) PARA TRABAJADORES MÉDICOS DE GUARDIA

**PARA LOS TRABAJADORES MÉDICOS QUE SOLICITAN ACCESO AL PUENTE DE BAJO NIVEL PARA IR Y VENIR A SUS TURNOS DE TRABAJO DE GUARDIA, SEGÚN LO VERIFICADO POR UN EMPLEADOR DE ATENCIÓN MÉDICA**

- La autorización es solo para trabajadores médicos que:
  - Viven o trabajan en West Seattle
  - Necesitan ir o venir de su turno de trabajo de guardia y tengan que llegar a su lugar de trabajo o centro médico al otro lado del canal Duwamish.
- No se permite el acceso a este puente para viajar a turnos de trabajo médico programados regularmente u otros viajes no urgentes.

### PASOS PARA SOLICITAR ACCESO:

- 1: Complete la Sección 1: Información del solicitante
- 2: Pídale a su empleador médico que complete la Sección 2: Información del empleador médico
- 3: Envíe la sección 1, sección 2 y la autorización firmada por correo electrónico a [LowBridgeAccess@seattle.gov](mailto:LowBridgeAccess@seattle.gov) (puede ser un escaneo o una fotografía de los documentos) o envíelos por correo postal a: Traffic permits, ATTN WSB, Seattle Dept. of Transportation, PO Box 34996, Seattle, WA 98124-4996
- 4: **Enviar este formulario no significa que tendrá acceso al puente de bajo nivel. Debe recibir una confirmación del SDOT (Departamento de Tránsito de Seattle) antes de poder usarlo.**

Si tiene preguntas, comuníquese con [LowBridgeAccess@seattle.gov](mailto:LowBridgeAccess@seattle.gov) o al 206-400-7511. Deje un mensaje de voz con su nombre, información para contactarle y el idioma en el que prefiere hablar y alguien le devolverá la llamada.

## SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre <b>ESCRITO O TECLEADO</b> ( <i>apellido, nombre, inicial del segundo nombre</i> )				
Domicilio ( <i>apartado postal o calle y número de apartamento, según corresponda</i> )		Ciudad	Estado	Código postal
Código de área y número telefónico	Correo Electrónico			
Nombre del hospital u oficina médica donde trabaja		Empleador de atención médica ( <i>su empleador llenará la Sección 2</i> )		
Hasta dos placas vehiculares: una para usted y otra como vehículo secundario, según sea necesario				
Primera placa/matricula	Estado	Segunda placa/matricula (si es necesario)	Estado	

**X**

Firma del solicitante o su representante autorizado

Al firmar, reconoce que comprende y cumplirá con los términos, condiciones y la declaración de privacidad que se encuentran en la parte posterior de esta página.



**Seattle**  
Department of  
Transportation

# PROYECTO DEL PUENTE ELEVADO DE WEST SEATTLE

## SOLICITUD DE ACCESO AL PUENTE GIRATORIO DE SPOKANE ST (PUENTE DE BAJO NIVEL) PARA TRABAJADORES MÉDICOS DE GUARDIA

---

### TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ACCESO AL PUENTE DE BAJO NIVEL:

- 1: Este formulario firmado por usted y su empleador debe enviarse a SDOT por correo electrónico o correo postal antes del día 15 del mes para asegurar el acceso durante el mes siguiente. Por ejemplo, para acceder a partir del 1 de junio, SDOT debe recibir sus formularios completados antes del 15 de mayo.
- 2: La autorización es solo para aquellos viajes específicamente asociados con turnos de trabajo médicos de guardia donde los trabajadores deben llegar a su lugar de trabajo de manera oportuna.
- 3: NO se permite el acceso al puente de bajo nivel para viajes diarios a turnos de trabajo programados regularmente.
- 4: Este acceso es temporal y limitado. A fines del 2021, reduciremos o revocaremos el acceso para muchos grupos para incrementar la capacidad de tráfico de vehículos de carga en el puente.
- 5: Su acceso al puente de bajo nivel puede ser interrumpido en cualquier momento si hay demasiado tráfico en el puente o debido a otras necesidades de control del tráfico. Se le notificará si esto sucede.
- 6: Es posible que se establezca un límite en la cantidad de viajes que usted realice por el puente de bajo nivel. Se le puede suspender el acceso si excede ese número de viajes.
- 7: El envío de una solicitud completa de acceso para trabajadores médicos de guardia no garantiza que se le proporcione acceso al puente de bajo nivel. Las solicitudes o documentación incompletas o inexactas pueden resultar en demoras o rechazos. Si se aprueba el acceso, se le enviará, por correo electrónico, una carta que documente la aprobación el día 22 del mes anterior al inicio del acceso. Conserve dicha aprobación para sus registros. Debe recibir la aprobación por correo electrónico antes de poder usar el puente. Si conduce por el puente sin una aprobación, recibirá una infracción de \$75 por cada vez que lo cruce durante horas restringidas. El horario restringido es de 5:00 a.m. a 9:00 p.m. entre semana y de 8:00 a.m. a 9 p.m. los fines de semana.

### SOLICITUDES DE PRIVACIDAD, DATOS Y DIVULGACIÓN PÚBLICA:

SDOT registrará la cantidad y hora de los viajes en el puente de bajo nivel realizados por cada número de placa/matrícula autorizada. Al solicitar acceso, usted acepta el uso de la información de sus viajes por el puente con fines de monitoreo y evaluación. Este registro de viajes también está sujeto a la Ley de Registros Públicos de Washington y puede estar sujeto a divulgación a terceros que lo soliciten.

La información personal compartida con SDOT, incluyendo su nombre y número de placa, está sujeta a la Ley de Registros Públicos de Washington y puede estar sujeta a su divulgación a terceros que lo soliciten. En la ciudad de Seattle, estamos comprometidos a proteger su privacidad y nos aseguraremos de que cualquier divulgación se realice de acuerdo con la ley. Para obtener más información sobre cómo se maneja su información consulte nuestra Política de Privacidad [[www.seattle.gov/tech/initiatives/privacy/privacy-statement](http://www.seattle.gov/tech/initiatives/privacy/privacy-statement)].



# PROYECTO DEL PUENTE ELEVADO DE WEST SEATTLE

## SOLICITUD DE ACCESO AL PUENTE GIRATORIO DE SPOKANE ST (PUENTE DE BAJO NIVEL) PARA TRABAJADORES MÉDICOS DE GUARDIA

### SECCIÓN 2: EL EMPLEADOR MÉDICO

EL EMPLEADOR MÉDICO LLENA ESTA SECCIÓN DESPUÉS DE QUE EL SOLICITANTE COMPLETE LA SECCIÓN 1.

#### INFORMACIÓN MÉDICA DEL EMPLEADOR:

Complete la siguiente sección declarando:

Yo, certifico que \_\_\_\_\_ [nombre del empleado], trabaja en \_\_\_\_\_ [hospital u oficina médica] y debe viajar para turnos de trabajo de guardia, calificándolo para acceso al puente de bajo nivel.

Una vez firmado, devuelva el formulario al solicitante.

Nombre <b>ESCRITO O TECLEADO</b> ( <i>apellido, nombre, inicial del segundo nombre</i> )				
Cargo/posición en la institución del empleador médico ( <i>HR/CTR/Otro</i> )				
Dirección de la oficina ( <i>apartado postal o calle y número de edificio/suite, según corresponda</i> )		Ciudad	Estado	Código postal
Número telefónico de la oficina	Dirección de correo electrónico			

#### RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

Certifico que el empleado(a) mencionado(a) en la Sección 1 responde a los turnos de trabajo de guardia en el hospital o consultorio médico mencionado en la Sección 1 y es un(a) empleado(a) que debe viajar para los turnos de trabajo de guardia que le califican para el acceso al puente de bajo nivel.

Fecha y lugar (ciudad/condado) donde se firma:

\_\_\_\_\_

**X**

El empleador firma aquí. (Representante de recursos humanos u otro representante administrativo de la institución médica autorizado para proporcionar esta declaración)



**Seattle**  
Department of  
Transportation

# WEST SEATTLE HIGH-RISE BRIDGE PROJECT

## SPOKANE ST SWING BRIDGE (LOW BRIDGE) APPLICATION FORM: ON-CALL MEDICAL WORKER ACCESS

### SECTION 2: MEDICAL EMPLOYER

MEDICAL EMPLOYER FILLS OUT THIS SECTION AFTER APPLICANT FILLS OUT SECTION 1.

#### MEDICAL EMPLOYER FORMATION:

Please fill out the section below stating:

I certify that \_\_\_\_\_ [employee's name] works at \_\_\_\_\_ [hospital or medical office] and this employee is required to travel for on-call work shifts, qualifying them for low bridge access.

Return this signed form to the applicant.

<b>PRINT OR TYPE</b> Name of Employer Filling out Section 2 ( <i>Last, First, Middle Initial</i> )				
Job Title/Role at Medical Employer Institution ( <i>HR/CTR/Other</i> )				
Office Address ( <i>PO Box or street address and building/suite number, if applicable</i> )		City	State	ZIP Code
Office (Area code) Daytime Phone	Email Address			

#### ANSWER THE FOLLOWING:

I certify that the employee listed in Section 1 above responds to on-call work shifts at hospital or medical office listed in Section 1 above and they are an employee required to travel for on-call work shifts qualifying them for low bridge access.

Date and Place (City/County) Signed:

\_\_\_\_\_

**X**

Employer signs here (HR representative or other medical institution administrative representative authorized to provide this information)



**Seattle**  
Department of  
Transportation