

**Aviso:** El uso de este formulario es requerido por el DNR para cualquier solicitud presentada de conformidad con la sección 29.193, de la Ley de Wisconsin (ss.29.193, Wis. Stats.). El DNR considerará su solicitud solo si está completa y la información es precisa. La información de identificación personal proporcionada podrá ser utilizada para determinar la identidad del solicitante, la participación en encuestas sobre recursos naturales, la elegibilidad para autorizaciones y otros fines de aplicación de la ley. Además, puede ser facilitada a los solicitantes en la medida requerida por la Ley de Registros Públicos de Wisconsin (secciones 19.31-19.39 de la Ley de Wisconsin [ss. 19.31-19.39, Wis. Stats.]).

**Debe llenar la solicitud completamente Y con letra legible.** El formulario debe entregarse antes de que transcurran seis meses desde que el (los) proveedor(es) de atención médica lo firme(n) y complete(n). Espere hasta cuatro semanas para la revisión. Las preguntas relacionadas con los permisos para personas con discapacidad pueden dirigirse al Centro de Atención del DNR de Wisconsin, 1-888-936-7463.

## Información del proveedor de atención médica requerida

La(s) sección(es) sobre las condiciones de salud en esta solicitud también deben ser completadas y firmadas por el proveedor de atención médica que se indica. Según la sección 29.193 de la Ley de Wisconsin (ss. 29.193, Wis. Stats.), solo se aceptan las firmas de MÉDICOS CON LICENCIA (MD/DO), ASISTENTE MÉDICO (PA), ENFERMERO CON PRÁCTICA AVANZADA Y FACULTAD PARA RECETAR (APNP), QUIROPRÁCTICO (DC), PODÓLOGO (DPM) y OPTOMETRISTA (OD). Consulte la página 4 para más información sobre los diferentes permisos.

### Información del médico, asistente médico, enfermero con práctica avanzada y facultad para recetar, quiropráctico, podólogo u optometrista.

Soy un médico con licencia, asistente médico, enfermero con práctica avanzada y facultad para recetar, quiropráctico, podólogo u optometrista y he revisado personalmente a la persona nombrada a continuación como "solicitante". Al estampar mi firma, certifico bajo pena de perjurio de la ley que la condición médica del solicitante es la que he indicado en este formulario. Soy un proveedor de atención médica autorizado para las condiciones de salud elegibles que he firmado en la página 2 o 3 de esta solicitud.

Nombre (legible)	Número de licencia médica y estado				
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal		
Número de teléfono	Número de fax	Correo electrónico			
Firma del médico, asistente médico, enfermero con práctica avanzada y facultad para recetar, quiropráctico, podólogo u optometrista.	Fecha				
X	X				

## Información REQUERIDA del solicitante

La información que he proporcionado es completa y precisa. Entiendo que la presentación deliberada de información falsa expone a los solicitantes a un proceso judicial conforme a las leyes del Estado de Wisconsin. Por medio de la presente, autorizo al Departamento de Recursos Naturales de Wisconsin a examinar todos los registros médicos con respecto a mi discapacidad.

Primer apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)
Identificación de cliente de DNR o Número de Seguro Social*	Licencia de conducir		Emitido por el estado de
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono diurno	Correo electrónico		
Género: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	Altura ft. in.	Peso lbs.	Color de cabello Color de ojos
Firma del solicitante	Fecha		
X	X		

\*SE REQUIERE un número de seguro social o un número de identificación federal del empleador (si no se conoce la identificación del cliente de DNR) cuando se solicita una licencia, en cumplimiento con el capítulo 2 de la Ley de Wisconsin (Chapter 29, Wis. Stats.). Sin embargo, esta información solo podrá ser revelada al Departamento de Niños y Familias o al Departamento de Hacienda.

**Información adicional del proveedor médico requerida en la página 2 o página 3.**

**Solicitud de autorización de permiso  
por discapacidad para caza o trolling  
(pesca usando la técnica al curricán)**

Solicitante

Formulario 9400-604 (R 08/2025)

Página 2 de 4

ESTA PÁGINA DEBE SER COMPLETADA ÚNICAMENTE POR PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA AUTORIZADOS.

DISCAPACIDAD FÍSICA DEL SOLICITANTE: <input checked="" type="radio"/> Irreversible/permanente O <b>(Requerido)</b> <input type="radio"/> Temporal, con una recuperación para volver a las actividades normales dentro de: _____ mes(es) O _____ año(s)	
Complete solo las secciones relativas a la condición del solicitante, marcando y firmando la línea correspondiente. Las condiciones físicas relacionadas exclusivamente con el <b>nivel de comodidad del solicitante o el dolor por sí mismo, no son criterios aceptables</b> para la emisión de un permiso.	
<b>Ambulación y movilidad:</b> (permisos para disparar desde el vehículo de clase A o clase B) El firmante autorizado debe verificar los criterios de elegibilidad aplicables y firmar en la columna de la derecha.	<b>SOLO SE ACEPTAN LAS FIRMAS DE MD, DO, PA, APNP, DC O DPM EN ESTA SECCIÓN.</b>
<b>El solicitante sufre de enfermedad pulmonar</b> en la medida en que el volumen espiratorio forzado en un segundo medido por espirometría sea inferior a un litro, O la presión arterial de oxígeno sea inferior a 60 milímetros de mercurio en aire ambiente y en reposo.	<input type="checkbox"/> Firma de MD, DO, PA, APNP, DC o DPM
<b>El solicitante sufre de enfermedad cardiovascular</b> en la medida en que las limitaciones funcionales se clasifiquen con una severidad de clase 3 o 4 según los estándares aceptados por la Asociación Americana del Corazón (AHA, American Heart Association).	<input type="checkbox"/> Firma de MD, DO, PA, APNP, DC o DPM
<b>El solicitante requiere al menos uno de los siguientes dispositivos de movilidad EN TODO MOMENTO</b> y es incapaz de caminar una distancia de 50 pies sin esta asistencia, independientemente del tipo de superficie: • Una silla de ruedas, scooter eléctrico o un dispositivo de movilidad motorizado O • UN soporte para la pierna, UNA prótesis externa POR ENCIMA DE LA RODILLA O • DOS férulas para las piernas o DOS prótesis externas POR DEBAJO DE LAS RODILLAS O • Andador, dos muletas o dos bastones.	<input type="checkbox"/> Firma de MD, DO, PA, APNP, DC o DPM
El solicitante tiene una pierna, cadera o espalda enyesada, o cualquier parte de estas, debido a una discapacidad temporal que restringe la ambulación o movilidad a causa de una lesión o procedimiento quirúrgico.	<input type="checkbox"/> Firma de MD, DO, PA, APNP, DC o DPM
El solicitante ha tenido una cirugía de pierna, cadera o espalda <b>en los últimos 12 meses</b> que continúa restringiendo la ambulación o movilidad y es <b>incapaz de caminar una distancia de 50 pies de forma segura</b> .	<input type="checkbox"/> Firma de MD, DO, PA, APNP, DC o DPM
El solicitante NO tiene alguna condición médica o enfermedad que le impida caminar una distancia de 50 pies de forma segura.	<input type="checkbox"/> Firma de MD, DO, PA, APNP, DC o DPM
<b>Funcionalidad superior del cuerpo:</b> (Permisos de clase D, permiso de trolling [pesca al curricán], trolling de clase B) El firmante autorizado debe verificar los criterios de elegibilidad aplicables y firmar en la columna de la derecha. <b>El nombre de la prueba utilizada y el puntaje</b> deben ser enlistados O presentados por separado.	<b>SOLO SE ACEPTAN LAS FIRMAS DE MD, DO, PA, APNP, DC O DPM EN ESTA SECCIÓN.</b>
El solicitante presenta una pérdida sustancial de función o de movimiento en uno o ambos brazos, manos u hombros Y NO cumple los estándares de las pruebas enumeradas administradas bajo la dirección de uno de los firmantes autorizados.	<input type="checkbox"/>
Por favor, marque la(s) prueba(s) estándar requerida(s) que se realizaron: <input type="checkbox"/> Prueba de fuerza de pinza de la extremidad superior <input type="checkbox"/> Prueba de fuerza de agarre de la extremidad superior <input type="checkbox"/> Prueba de tablero de nueve agujeros <input type="checkbox"/> Prueba de rango de movimiento promedio del hombro	<input type="checkbox"/> Firma de MD, DO, PA, APNP, DC o DPM
¿El solicitante no pasó alguna de las pruebas estándar exigidas?: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="checkbox"/>
El solicitante tiene una amputación o pérdida de uno o ambos brazos por encima de la muñeca.	<input type="checkbox"/> Firma de MD, DO, PA, APNP, DC o DPM
El solicitante es incapaz de levantar la mano que no es dominante o prótesis en una posición que este al nivel de su hombro y a una distancia de 27 pulgadas de su cuerpo O no es capaz de sostener un peso de 5 libras por 10 segundos cuando la mano no-dominante o prótesis este en esa posición. O el solicitante no es capaz de levantar la mano dominante o prótesis en una posición que este al nivel de sus hombros a una distancia mínima de 11 pulgadas de su cuerpo.	<input type="checkbox"/> Firma de MD, DO, PA, APNP, DC o DPM
El solicitante tiene una amputación o pérdida de uno o ambos brazos en o por encima del codo.	<input type="checkbox"/> Firma de MD, DO, PA, APNP, DC o DPM
El solicitante NO tiene ninguna condición médica o enfermedad que le impida sostener un arma de fuego o usar remos para remar un bote.	<input type="checkbox"/> Firma de MD, DO, PA, APNP, DC o DPM
<b>Discapacidad visual:</b> (Permisos de clase C o de trolling [pesca usando la técnica al curricán]) El firmante autorizado debe verificar los criterios de elegibilidad aplicables y firmar en la columna de la derecha.	<b>SOLO SE ACEPTAN LAS FIRMAS DE MD, DO, PA, APNP, DC O DPM EN ESTA SECCIÓN.</b>
La agudeza visual central del solicitante no excede de 20/200 en el mejor ojo con lentes correctivos, o tiene un campo visual que no abarca un ángulo superior a 20 grados.	<input type="checkbox"/> Firma de MD, DO, PA, APNP, DC o DPM
El solicitante tiene discapacidad visual hasta el punto de que no puede leer el periódico con o sin lentes correctivos.	<input type="checkbox"/> Firma de MD, DO, PA, APNP, DC o DPM

Los proveedores de atención médica pueden devolver la solicitud al DNR una vez completada y firmada.

La solicitud completada puede ser presentada por  
Fax: 608-261-4380

Correo electrónico: [CSWEB@wisconsin.gov](mailto:CSWEB@wisconsin.gov)  
Correo: Solicitud de Permisos por Discapacidad del DNR – CS/1  
P.O. Box 7924 Madison, WI 53707-7924

# Solicitud de autorización de permiso por discapacidad para caza o trolling (pesca usando la técnica al curricán)

Solicitante

Formulario 9400-604 (R 08/2025)

Página 4 de 4

## Oportunidades al aire libre para personas con discapacidades

La ley de Wisconsin ofrece una variedad de permisos de caza, pesca y uso recreativo diseñados para ayudar a las personas con discapacidades a disfrutar de los recursos naturales del estado. La siguiente información es importante si usted tiene una discapacidad física permanente o temporal, o si presenta ceguera legal. Para la legislación completa relativa a los permisos por discapacidad, consulte la sección 29.193, de la Ley de Wisconsin (ss.29.193, Wis. Stats.).

**Disparar desde el vehículo:** Diseñado para proporcionar oportunidades de caza a personas que necesitan asistencia física o mecánica para la movilidad o que sufren de una enfermedad cardiovascular o pulmonar. También podrá ser emitido a solicitantes que hayan sufrido lesiones o se hayan sometido a procedimientos quirúrgicos en el pie, tobillo, pierna, cadera o espalda en los doce meses previos a la solicitud, o que padeczan otras condiciones de salud que impacten su capacidad para caminar de forma segura una distancia de 50 pies, independientemente del tipo de superficie. Las condiciones de salud determinarán el tipo de permiso. Los permisos iniciales de clase A son válidos por un período de cinco años. Tras la renovación, el permiso de clase A es válido por un período de 10 años. Los permisos de clase B se emiten por el periodo de tiempo previo al regreso previsto del solicitante a sus actividades normales, o por un máximo de cinco años. **Solo los médicos con licencia, quiroprácticos, podólogos, asistentes médicos y enfermeros con práctica avanzada y facultad para recetar están autorizados para certificar un permiso de disparo desde el vehículo (Shoot from Vehicle Permit).**

**Uso de una mira láser:** Emitido a los solicitantes que presentan "ceguera legal" como se define en el inciso 1 de la sección 47.01 de la Ley de Wisconsin (s. 47.01[1], Wis. Stats.). Los titulares del permiso pueden usar una mira láser en su arma de fuego, arco o ballesta y **DEBEN** estar acompañados por un asistente de caza que no sea elegible para este permiso. El permiso inicial tiene una validez de cinco años. Tras la renovación, el permiso es válido por un período de 10 años. **Solo los médicos con licencia, asistentes médicos, enfermeros con práctica avanzada y facultad para recetar u optometristas están autorizados para certificar un permiso de vista láser (Laser Sight Permit).**

**Motor eléctrico para trolling (pesca usando la técnica al curricán):** Expedido a solicitantes que tengan pérdida sustancial, temporal o permanente de función o de rango de movimiento en uno o ambos brazos, manos u hombros **Y NO** cumplan con los estándares mínimos de cualquiera de las siguientes pruebas estándar: fuerza de pinza de la extremidad superior, fuerza de agarre, de tablero de nueve clavijas, administradas bajo la dirección de una de las personas autorizadas para firmar. **O** tiene una amputación o pérdida de uno o ambos brazos por encima de la muñeca. **Solo los médicos con licencia, asistentes médicos, enfermeros con práctica avanzada y facultad para recetar, y quiroprácticos están autorizados a firmar un permiso de trolling (técnica de pesca al curricán) con motor eléctrico emitido debido a discapacidades en la parte superior del cuerpo.**

Los permisos de motor eléctrico para pesca al curricán también se expedirán a los solicitantes cuya vista está afectada hasta el punto en el que la persona no sea capaz de leer el periódico impreso con o sin lentes correctivos, cuando son presentados por un **médico u optometrista con licencia**. Los titulares del permiso tienen permitido pescar al curricán mientras usan un motor eléctrico de pesca al curricán en todas las aguas interiores de Wisconsin. Las personas en el mismo barco que el titular del permiso también pueden pescar al curricán.

**Uso de un dispositivo adaptativo en un arma de fuego:** Expedido a solicitantes con una amputación u otra pérdida de uno o ambos brazos en o por encima del codo **O** pérdida sustancial permanente de función o rango de movimiento en uno o ambos brazos, una o ambas manos, o uno o ambos hombros, **Y NO** cumple con los estándares mínimos para cualquiera de las siguientes pruebas: fuerza de pinza de la extremidad superior, fuerza de agarre, de tablero de nueve clavijas, prueba de rango de movimiento promedio del hombro, administrado bajo la dirección de uno de los firmantes autorizados.

**ADEMÁS**, el solicitante sería incapaz de colocar sus manos o prótesis en una posición que esté nivelada con los hombros y a una distancia mínima de 27 pulgadas de su cuerpo, **O** no podría sostener un peso de cinco libras durante 10 segundos cuando su mano no dominante o prótesis está en esa posición **O** no podría colocar su mano dominante o prótesis en una posición que esté nivelada con los hombros a una distancia mínima de 11 pulgadas de su cuerpo.

Este permiso permite que el titular utilice un dispositivo adaptativo para disparar un arma, como un soporte de pistola o un mecanismo de disparo modificado. **Solo los médicos con licencia, asistentes médicos, enfermeros con práctica avanzada y facultad para recetar, y quiroprácticos están autorizados a firmar un permiso de dispositivo adaptativo de arma de fuego.**

**Asistente de caza:** Una persona no elegible para solicitar un permiso de cazador con discapacidad puede acompañar a los titulares de cualquier permiso de cazador con discapacidad. La persona acompañante no puede cazar ni portar un arma de fuego, arco o ballesta a menos que se le haya otorgado la licencia correspondiente.

**Acompañado** significa estar sujeto a contacto visual o de voz continuo sin la ayuda de ningún dispositivo mecánico o electrónico distinto de los audífonos. Sin embargo, se recomienda que el asistente permanezca a una distancia accesible del titular del permiso.

**Asistentes de permisos de clase C:** Los titulares de permisos de clase C **deben** estar acompañados por una persona que no reúna los requisitos para solicitar un permiso. La asistencia prestada puede incluir apuntar el arma de fuego, arco o ballesta, identificar la presa, desollar o eviscerar la pieza de caza, etiquetar la pieza de caza (cuando corresponda) y recuperar la pieza de caza para el titular del permiso.

**Asistentes de caza:** Los titulares de los permisos clase A, clase B (disparo desde el vehículo) y clase D pueden elegir ir acompañados por un asistente. Los asistentes que no posean una licencia y los permisos de aprobación apropiados se limitan a eviscerar la pieza de caza, etiquetar la pieza de caza (cuando corresponda) y recuperarla para el titular del permiso. Los asistentes que tienen la licencia y la aprobación de permisos apropiados también pueden ver el arma de fuego, arco, ballesta e identificar la pieza de caza.

**Asistentes de trampeo:** Los titulares de los permisos clase A, clase B, clase C y clase D pueden elegir ir acompañados por un asistente mientras realizan actividades de trampeo. Esto incluye asistir con la colocación de trampas, la revisión de trampas, el etiquetado y el registro de estas especies si la persona con discapacidad ha recibido la aprobación apropiada para hacerlo. La persona acompañante deberá cumplir con todas las normas y leyes de captura.

**Asistentes de trolling (técnica de pesca al curricán):** Una persona que asiste a un titular de un permiso de trolling (técnica de pesca al curricán) o de un permiso de trolling (técnica de pesca al curricán) de clase B en la misma embarcación, también puede pescar y practicar el trolling (técnica de pesca al curricán) si también posee la licencia y las estampillas requeridas o están exentos del requerimiento de tener estos.