

## FORMULARIO DE PETICIÓN DE ACOMODAMIENTO RAZONABLE (Spanish)

**INSTRUCCIONES:** Los clientes deben completar la Sección I y enviar este formulario junto con documentos de prueba al director del albergue/programa o al personal equivalente a cargo (“Director”). El personal del DHS y del proveedor deben ofrecer ayuda al cliente para completar este formulario.

**Sección I: Esta sección debe ser completada por o con el cliente.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Albergue/Programa: \_\_\_\_\_

Número de Identificación/Seguro Social del cliente(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Describe el tipo de acomodamiento pedido (adjunte toda documentación de prueba):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Section II Instructions:** Any Director receiving a completed form with disability-related documentation must complete Section II, return a copy to the client, and immediately transmit by email or fax the request and supporting documents to the appropriate Program Administrator. Supporting documentation is not required if the disability is obvious/apparent or otherwise known to DHS.

**Section II: To be completed by the Facility Director or designee.**

Name/Title: \_\_\_\_\_

Facility/Program: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Date Received: \_\_\_\_\_

I discussed the HIPAA form with the client and the client consented to complete a HIPAA form.

I discussed the HIPAA form with the client and the client declined to complete a HIPAA form.

Signature: \_\_\_\_\_

**After completing, provide a copy of this form to the client.**

**(Continúa en la página siguiente)**

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL - HIPAA

Nombre del cliente(a) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ N.º de ID del caso \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos de su N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información médica acerca de mis cuidados médicos y tratamientos sea divulgada como se establece a continuación. La ley y las regulaciones federales y estatales, incluyendo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) salvaguarda la privacidad de mi información médica protegida (llamada colectivamente "registros médicos").

Antes de firmar, entiendo que:

1. Mis registros médicos pueden incluir **INFORMACIÓN** confidencial sobre el **ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTOS DE SALUD MENTAL** (excepto las anotaciones de psicoterapia) e información **RELACIONADA AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**<sup>1</sup>. Esta información solo será divulgada si firmo con mis iniciales en las casillas correspondientes en el punto 8(a).
2. Puedo pedir la lista de personas que pudieran recibir o usar mi información relacionada al VIH sin mi consentimiento. Si yo fuera discriminado(a) por haberse divulgado mi información relacionada al VIH, podría contactar a la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York (New York State Division of Human Rights) llamando al **(888) 392-3644** o a la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York (New York City Commission on Human Rights) al **(212) 416-0197**. Estas están a cargo de proteger mis derechos.
3. La firma de este formulario es voluntaria. Si no firmo, mi tratamiento, los pagos a los proveedores de tratamientos, la inscripción en un plan de salud y la elegibilidad para un albergue no se verán afectados. En cambio, si no firmo y no envío los documentos requeridos con mi petición de acomodamiento razonable, el Departamento de Servicios para Personas sin Vivienda de la Ciudad de Nueva York (NYC Department of Homeless Services, DHS) podría denegarla a causa de no tener los documentos de prueba ni la información necesaria para evaluarla.
4. Puedo cambiar de parecer en todo momento, excepto sobre alguna información que ya haya sido divulgada. Para ello, debo informar por escrito al director(a) de mi albergue o del centro.
5. Mi información médica, compartida bajo este consentimiento, podría ser divulgada de nuevo por el DHS. La privacidad de esta información podría dejar de estar protegida por la ley federal o estatal.

**(Continúa en la página siguiente)**

<sup>1</sup> El virus de inmunodeficiencia humana causa SIDA. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información que pueda razonablemente identificar a una persona que tenga síntomas del VIH o que esté infectada, y a la información sobre los contactos de dicha persona.

