

如果您看不懂这封信或者需要翻译，
请拨打 (212) 615-8329。

合理调整请求 (RAR) 表

如果您身患残疾并在参与 HRO 计划和服务上需要帮助，或者在您的房屋修缮或重建方面要求调整，您可以向 HRO 申请调整。部分合理调整的例子包括安排预约以避开高峰期出行，协助阅读表格及通知，以及通过电话、传真或邮件（如适当）开展业务。此外，如果您符合 HRO 重建计划 (Build it Back) 房屋重建或修缮的资格，您或您大楼的住户可以要求施工符合行动障碍者的调整标准。HRO 为残疾人士提供合理的调整，以确保其享受重要的 HRO 计划、福利及服务，并确保 HRO 开展的修缮和重建工作满足房屋居住者的特定需求。

说明和须知
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 为协助 HRO 决定您的合理调整请求，请填写本表第 2、3 及 4 页并提交到以下地址： Mayor's Office of Housing Recovery Operations Church St Station P.O. Box 468 New York, NY 10008-0468 ➤ 您也可以将表格传真到 (212) 312-0857 或通过电子邮件发送到 legal@recovery.nyc.gov。
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 您必须连同本表一起提交支持您请求的任何医疗文件， ➤ 或在提交本请求后二十 (20) 天内提交。
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 请要求您的医疗提供者填写随附的医疗信息表请求并签名，或提供医疗提供者信头的适当签名医疗文件并将表格/文件寄回给您。
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 您负责将您的医疗文件寄回 HRO 以支持本请求。
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 如果您的医疗状况或精神健康状况使您难以填写本表，您可以致电 (212) 615-8017 联系 HRO 获得帮助。
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 如果您的医疗状况或精神健康状况使您难以收集医疗文件以支持您的请求，您可以致电 (212) 615-8017 联系 HRO 或发电子邮件到 legal@recovery.nyc.gov 获得帮助。请填写随附的 HIPAA 个人健康信息披露授权书 (NYS OCA 960 表) 并寄至： Mayor's Office of Housing Recovery Operations Church St Station P.O. Box 468 New York, NY 10008-0468
<ul style="list-style-type: none"> ➤ HRO 将给您邮寄一封信，以确认收到您的合理调整请求。
<ul style="list-style-type: none"> ➤ HRO 将审核您及您的医疗提供者提供的所有文件，然后给您寄出一份书面通知，告知关于您合理调整请求的决定。

如果您看不懂這封信或者需要翻译，
请撥打（212）615-8329。

合理调整请求 (RAR) 表

姓名（请正楷书写）： _____ 申请编号 # _____

电话号码： _____

邮寄地址： _____

- 1) 您是否接受家庭护理服务或有家庭看护？ 是 否

如果对问题 1 回答“是”，则请指出每天接受多少小时的护理，每周有几天接受护理，以及您接受家庭护理服务的原因。

- 2) 请描述您的医疗状况或精神健康状况，您正在申请的合理调整以及必须获得调整的原因。（如有需要，请添加附页，及支持您所申请调整的任何医疗信息。）

- 3) 如果您的申请是用于 HRO 计划的申请接纳和审核阶段期间的合理调整，那么如果您符合资格并选择接受本计划的修缮或重建服务，您是否还申请在施工阶段采用无障碍施工标准（适合行动障碍者）？

是 否

- 4) 如果您对问题 3 回答“是”，则请描述您所要求的施工相关调整。

签名： _____ 日期： _____

正楷书写姓名： _____

授权代表签名： _____ 日期： _____

正楷书写姓名： _____

如果您看不懂這封信或者需要翻译，
请撥打（212）615-8329。

医疗信息请求表

医疗提供者须知

您的患者已经请求纽约市市长房屋修复工作办公室 (HRO) 为其提供合理调整/改造以享受重要的 HRO 计划、福利和服务。请提供该患者的具体身体及/或精神状况（影响其无法执行特定任务及从事特定活动）、任何所需的合理调整/改造以及调整/改造与患者残疾状况之间的关系等方面的详细描述。如有需要，您可以在本表附上额外的医疗信息。

请填写本表并寄回患者。

患者姓名（请正楷书写）： _____ 出生日期： _____

医疗提供者姓名： _____

医疗提供者地址： _____ 医疗提供者电话号码： _____

1) 请说明患者的医疗状况及/或精神健康状况：

2) 请提供该患者具体身体及/或精神限制/局限（影响其无法执行特定任务及从事特定活动）的详细描述。请描述残疾状况对其日常生活机能的影响。

如果您看不懂這封信或者需要翻译，
请撥打（212）615-8329。

医疗信息请求表（续）

- 3) 请指明患者的病况是永久性、慢性还是临时性。如果患者的状况是临时性，请说明其预期的持续期限。

- 4) 请指明该患者目前在其医疗状况及/或精神健康状况方面接受什么治疗（如有），包括但不限于任何药物或疗法。

- 5) 请描述患者在向纽约市申请福利期间所需的合理调整/改造（如有），以及合理调整/改造与其医疗状况及/或精神健康状况之间的关系。

- 6) 请描述患者在其房屋建造或房屋修缮（例如行动障碍者的无障碍设施）方面所需的合理调整/改造，及调整/改造与其医疗状况及/或精神健康状况之间的关系。

- 7) 患者的身体状况及/或精神健康状况是否使其难以执行以下活动？（如是，请完整描述患者在每项活动上的困难）：

行走及/或爬楼梯。描述： _____

出行及/或乘坐公共交通工具。描述： _____

认知功能（例如集中精神、记忆、理解）。描述： _____

长时间坐着或站立。描述： _____

在拥挤的地方。描述： _____

医疗提供者签名： _____ 日期： _____

医疗提供者执照编号： _____