

합리적 편의 신청서 (RAR) 양식

장애가 있고 HRO 프로그램 서비스에 참여하실 의향이 있거나 주택 수리 또는 재건축과 관련한 편의가 필요하시다면, HRO에 그러한 편의를 요청하실 수 있습니다. 합리적 편의 사례로 혼잡 시간대 교통을 피하기 위한 약속 일정 조정, 전화와 팩스 또는 이메일을 통한 업무 실시를 들 수 있습니다. 더불어, HRO의 Build it Back 프로그램을 통한 주택 재건축이나 수리 혜택 수급 자격이 있다면 본인 또는 건물 입주자가 시공 중 거동 불편자를 위한 편의 기준을 요구할 수 있습니다. HRO는 장애인이 HRO 프로그램, 혜택 및 서비스를 유의미하게 이용할 수 있도록 하는 한편, HRO가 실시하는 수리 및 재건축 사업이 주택 거주자의 구체적인 필요와 부합하도록 합리적인 편의를 제공합니다.

지침 및 정보
<p>➤ HRO가 여러분의 합리적 편의 신청을 공정하게 심의할 수 있도록 본 양식의 2, 3, 4페이지를 기재하여 아래 주소로 보내주시시오:</p> <p>Mayor' s Office of Housing Recovery Operations Church St Station P.O. Box 468 New York, NY 10008-0468</p> <p>➤ 팩스 양식을 보내주시거나 (212) 312-0857 이메일(legal@recovery.nyc.gov)로 전송해도 무방합니다.</p>
<p>➤ 본 신청서를 발송한 후 20일 이내에 신청서를 증빙할 수 있는 의료 서류를 반드시 제출하셔야 합니다.</p>
<p>➤ 담당 의료 기관에 (동봉한) 의료 기록 신청서 양식을 기재하고 서명하거나 의료 기관의 이름이 인쇄된 봉투에 서명이 들어간 의료 서류를 담아 본인에게 돌려달라고 요구하여 주십시오.</p>
<p>➤ 본 신청서를 증빙할 의료 서류를 HRO로 반송하는 것은 본인의 책임입니다.</p>
<p>➤ 의학적 또는 정신 건강 상태로 인해 본 양식을 기재하는 데 어려움이 있다면 HRO에 도움을 요청하여 주십시오: (212) 615-8017.</p>
<p>➤ 의학적 또는 정신 건강 상태로 인해 본 신청서를 증빙할 의료 서류를 수집하는 데 어려움이 있다면 HRO에 전화 ((212) 615-8017) 또는 이메일(legal@recovery.nyc.gov)로 도움을 요청하여 주십시오. 동봉한 HIPAA 개인 건강 정보 공개 승인서 (NYS OCA 양식 번호. 960) 양식을 기재하여 아래 주소로 보내주시시오:</p> <p>Mayor' s Office of Housing Recovery Operations Church St Station P.O. Box 468</p>
<p>➤ HRO는 합리적 편의 신청서 수신 사실을 확인하는 서신을 발송할 것입니다.</p>
<p>➤ HRO는 여러분과 의료 기관이 제공한 서류를 모두 검토하고 합리적 편의 신청서 심의 결과를 서면으로 통지할 것입니다.</p>

합리적 편의 신청서 (RAR) 양식

성명 (인쇄체로 기입 요망): _____ 신청서 번호 _____

전화번호: _____

우편 주소: _____

예

1) 홈 케어 서비스를 이용하기나 기타 요양을 받고 계시습니까?

1번 질문에 “ 예 ” 라고 답하셨다면, 일일 서비스 이용 시간과 주당 이용 일수, 그리고 홈 케어 서비스 이용 사유를 기재하여 주십시오.

2) 의료 또는 정신 건강 상태, 신청하는 합리적 편의, 그리고 편의가 필요한 이유를 설명하여 주십시오. (필요할 경우 추가 시트 및 신청하신 편의를 증빙할 의료 정보를 첨부하여 주십시오.)

3) 본인의 합리적 편의 요청이 HRO 프로그램의 신청서 접수 및 검토 단계에 있을 경우, 이 프로그램의 수리 또는 재건축 혜택 수급 자격이 주어진다면 시공 과정에서 (거동 불편자를 위한) 건축 기준도 요청하시겠습니까?

예 아니오

4) 3번 질문에 “ 예 ” 라고 답하셨다면, 본인에게 필요한 건축 관련 편의를 설명하여 주십시오.

서명: _____ 날짜: _____

인쇄체로 성명 기입: _____

공인 대리인 서명: _____ 날짜: _____

인쇄체로 성명 기입: _____

합리적 편의 신청서 (RAR) 양식

의료 기관 지칭

귀 기관의 환자께서 NYC 시장 직속 Office of Housing Recovery Operations (HRO)에 HRO 프로그램, 혜택 및 서비스를 유의미하게 이용할 수 있도록 합리적 편의를 제공해줄 것을 요청했습니다. 환자의 특정 작업 수행 능력이나 특정 행동에 영향을 미치는 특정한 신체적, 정신적 상태, 환자에게 필요한 합리적 편의/개조, 그리고 편의/개조와 환자의 장애 간 관계를 자세히 알려주시기 바랍니다. 필요할 경우 추가적인 의료 정보를 첨부하여 주십시오.

본 양식을 작성한 후 환자에게 돌려주시기 바랍니다.

환자 성명 (인쇄체로 기입 요망): _____ 생년월일: _____

의료 기관 명: _____

의료 기관 주소: _____ 의료 기관 전화번호: _____

1) 환자의 의료 또는 정신 건강 상태를 설명해 주십시오:

2) 환자의 특정 작업 수행 능력이나 특정 행동에 영향을 미치는 특정한 신체적, 정신적 상태를 설명하여 주십시오.

장애가 환자의 일상적 기능에 어떻게 영향을 미치는지 설명하여 주십시오.

합리적 편의 신청서 (RAR) 양식 (계속)

- 3) 환자의 상태가 영구적인지 만성적인지 또는 일시적인지 알려주십시오. 환자의 상태가 일시적이라면, 예상 기간을 알려주십시오.

- 4) 투약이나 처치를 포함하여 (단, 이에 국한되지 않음) 환자의 의료 및/또는 정신 건강 상태와 관련하여 현재 받고 있는 치료를 알려주십시오.

- 5) **시의 혜택 신청 과정**에서 환자에게 필요한 합리적 편의/개조, 그리고 편의/개조와 환자의 의료 및/또는 정신 건강 상태 간 관계를 설명하여 주십시오.

- 6) **주택 건축 또는 환자의 자택 수리**와 관련하여 환자에게 필요한 합리적 편의/개조(예; 거동 불편자의 접근성), 그리고 편의/개조와 환자의 의료 및/또는 정신 건강 상태 간 관계를 설명하여 주십시오.

- 7) 환자의 의학적 또는 정신적 건강 상태로 인해 다음과 같은 활동을 수행하는 데 지장이 있습니까? (있다면 각 체크박스마다 환자가 겪는 어려움을 설명해 주십시오):

보행 및/또는 계단 오르기. 설명: _____

여행 및/또는 대중 교통 이용. 설명: _____

인지 기능 (즉, 집중력, 기억력, 이해력). 설명: _____

장시간 앉아있기 또는 서있기. 설명: _____

사람이 많은 장소에 가기. 설명: _____

의료 기관 서명: _____ 날짜: _____

의료 기관 인가 번호: _____