

ФОРМА ЗАЯВКИ НА СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ РАЗМЕЩЕНИЕ

В случае Вашей недееспособности или необходимости получить помощь для участия в программах и получения услуг ДРЖП, или в случае если Вам необходимо размещение в связи с ремонтом или реконструкцией Вашего дома, Вы можете подать заявку на предоставление соответствующего размещения в ДРЖП. В некоторых случаях мы специально назначаем Вам встречи для выбора соответствующего размещения, чтобы избежать часа-пик, помочь Вам при изучении форм и уведомлений и вести все операции по телефону, факсу или почте, если такое возможно. Кроме того, в случае если Вы имеет право на реконструкцию или ремонт Вашего дома в рамках программы ДРЖП «Build it Back», Вы или житель Вашего дома можете подать заявку на предоставление соответствующих стандартов размещения исходя из повреждений Вашего строения. ДРЖП предоставляет соответствующее размещение лицам с группой инвалидности с тем, чтобы такие лица получали гарантированный, значимый доступ к программам ДРЖП, его льготам и услугам, а также чтобы обеспечить соответствие ремонтных и восстановительных работ, проведенных ДРЖП, особым потребностям лиц, проживающих в данном доме.

ИНСТРУКЦИИ И ИНФОРМАЦИЯ

- Чтобы помочь ДРЖП принять окончательное решение по Вашей заявке на соответствующее размещение, заполните и подайте **страницы 2, 3 и 4** данной формы по адресу:
Mayor's Office of Housing Recovery Operations
Church St Station
P.O. Box 468
New York, NY 10008-0468
- Кроме того, Вы можете отправить формы по факсу **(212) 312-0857** или по электронной почте **legal@recovery.nyc.gov**

- Вы должны подать всю соответствующую медицинскую документацию, сопутствующую Вашей заявке, в течение **двадцати (20) дней** после подачи такой заявки.

- Попросите своего поставщика медицинских услуг заполнить и подписать Форму заявки на предоставление медицинских данных (во вложении) или предоставить соответствующую, подписанную медицинскую документацию на фирменном бланке поставщика медицинских услуг, и вернуть такой бланк/документацию Вам.

- Вы обязуетесь вернуть Вашу медицинскую документацию ДРЖП в качестве сопутствующей документации к Вашей заявке.

- В случае если Ваше физическое или психическое состояние затрудняет процесс заполнения данной формы, Вы можете связаться с ДРЖП по телефону **(212) 615-8017** и попросить о содействии.

- В случае если Ваше физическое или психическое состояние затрудняет процесс сбора медицинской документации в поддержку Вашей заявки, Вы можете связаться с ДРЖП по телефону **(212) 615-8017** или электронной почте **legal@recovery.nyc.gov** и попросить о содействии. Заполните форму «Разрешение на раскрытие индивидуальной медицинской информации» (NYS OCA форма № 960) и отправьте ее по адресу:

Mayor's Office of Housing Recovery Operations
Church St Station
P.O. Box 468
New York, NY 10008-0468

- ДРЖП отправит Вам письмо с подтверждением получения Вашей Заявки на соответствующее размещение.

- ДРЖП обязуется рассмотреть всю документацию, предоставленную Вами или Вашим поставщиком медицинских услуг, и отправить Вам письменное уведомление в отношении нашего решения по Вашей заявке на соответствующее размещение.

ФОРМА ЗАЯВКИ НА СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ РАЗМЕЩЕНИЕ

Ф.И.О. (печат.букв.): _____ Заявка № _____

Телефон: _____

Почтовый адрес: _____

- 1) Вы получаете медицинское обслуживание на дому или имеете сиделку? Да Нет

Если Вы ответили «да» на Вопрос 1, укажите количество часов в день, количество дней в неделю, в течение которых Вы получаете такие услуги, а также причину(-ы), по которой(-ым) Вы получаете медицинское обслуживание на дому.

- 2) Опишите состояние Вашего физического или психического здоровья и необходимое соответствующее размещение, а также причину, по которой Вам требуется соответствующее размещение. (Приложите дополнительную информацию, при необходимости, и любые медицинские данные в поддержку Вашей заявки на необходимое размещение.)

- 3) В случае если Вам необходимо соответствующее размещение в течение срока рассмотрения заявки и этапов реализации программ ДРЖП, запрашиваете ли Вы использование доступных строительных стандартов (для людей с нарушенной двигательной функцией) в течение этапа строительства при условии, что имеет право и хотите получать услуги по ремонту и реконструкции в рамках программ?

Да Нет

- 4) Если Вы ответили «да» на Вопрос 3, опишите необходимые Вам параметры размещения.

Вы должны подписать английскую версию документа и приложить ее к Вашему заявлению.

Подпись: _____ Дата: _____

Расшифровка подписи: _____

Подпись уполномоченного представителя: _____ Дата: _____

Расшифровка подписи: _____

ФОРМА ЗАЯВКИ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Ваш пациент подал заявку на то, чтобы Департамент реконструкции жилых помещений (ДРЖП) Мэри Нью-Йорка предоставил ему/ей соответствующее размещение/услуги по модификации существующего помещения с тем, чтобы получить значимый доступ к программам ДРЖП, его льготам и услугам. Пожалуйста, предоставьте подробное описание особого физического и/или психического состояния, которое влияет на способность пациента выполнять определенные задачи и участвовать в определенных видах деятельности, необходимого соответствующего размещения/услуг по модификации существующего помещения и соотношения между необходимым размещением/услугами по модификации и травмами пациента. При необходимости, Вы можете приложить дополнительную медицинскую информацию к формам.

Пожалуйста, верните заполненную форму пациенту.

Ф.И.О. пациента(печатными буквами): _____ **Дата рождения:** _____

Поставщик медицинских услуг: _____

**Адрес поставщика
медицинских услуг:** _____

**Телефон поставщика
медицинских услуг:** _____

- 1) Укажите состояние физического и/или психического здоровья пациента:

- 2) Предоставьте подробное описание особых ограничений, обусловленных состоянием физического и/или психического здоровья пациента и влияющих на способность пациента выполнять определенные задачи и участвовать в определенных видах деятельности. Опишите, как подобная травма влияет на ежедневную дееспособность пациента.

ФОРМА ЗАЯВКИ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ (Продолжение)

- 3) Укажите, является ли состояние пациента постоянным, хроническим или временным. Если состояние пациента временно, укажите его ожидаемую продолжительность.

- 4) Укажите, какое лечение в данный момент получает пациент, если таковое имеется, в связи с его/ее физическим и/или психическим состоянием, включая, но не ограничиваясь любым препаратом или терапией.

- 5) Опишите разумное размещение/модификацию существующего помещения, необходимого пациенту, если таковое имеется, **в процессе подачи заявки на получение субсидий от Города**, а также отношение между ним и состоянием физического и/или психического здоровья клиента.

- 6) Опишите соответствующее размещение/модификацию существующего помещения, необходимого пациенту, если таковое имеется, в отношении **реконструкции или ремонта дома пациента (например, с учетом доступа для людей с нарушением двигательной функции)**, а также отношение между ним и состоянием физического и/или психического здоровья клиента.

- 7) Затрудняет ли состояние физического и/или психического здоровья пациента выполнение следующих действий? (При положительном ответе, полностью опишите трудности, которые испытывает пациент по каждому пункту):

Ходьба и/или подъем по ступенькам. Описание: _____

Путешествия и/или поездки общественным транспортом. Описание: _____

Когнитивные функции (т.е. концентрация, запоминание, понимание). Описание: _____

Сидение или стояние в течение продолжительного периода. Описание: _____

Нахождение в многолюдных местах. Описание: _____

Вы должны подписать английскую версию документа и приложить ее к Вашему заявлению.

Подпись поставщика медицинских услуг: _____ **Дата:** _____

Номер лицензии поставщика медицинских услуг: _____