

SOLICITUD DE ADAPTACIÓN RAZONABLE

Si usted o un familiar tiene una discapacidad, puede usar este formulario para pedir una **adaptación razonable**. Una **adaptación razonable** es un cambio que hace el Departamento de Preservación y Desarrollo de la Vivienda (Department of Housing Preservation and Development, HPD) para ayudar a una persona con discapacidad a participar en los programas de HPD. Para hacer adaptaciones razonables, el HPD de la Ciudad de Nueva York define una discapacidad como:

- **Un impedimento físico, mental o emocional que limita una o más actividades de la vida, como cuidarse a sí mismo o hacer tareas manuales.**

Si usted o un familiar no tiene una discapacidad y necesita una adaptación (como una sesión informativa por teléfono, apoyo adicional para completar documentos o tiempo adicional para completar una recertificación), comuníquese con Servicios al cliente al 917-286-4300. Además, puede visitar el sitio web del HPD¹ para obtener formularios para pedir adaptaciones como: extensiones de cupones, mudanzas de emergencia y extensiones para corregir una falla en los estándares de calidad de vivienda causada por el inquilino. Si usted es víctima de violencia doméstica, violencia en la pareja, agresión sexual o acoso, es elegible para una adaptación. Puede encontrar más información sobre estas adaptaciones en el sitio web del HPD.

Solo se aprobardaptaciones en el sitio web deciquilino. Si usted es ve cupones, mudanzas dd y la adaptación solicitada. Para ser concedidas, las solicitudes deben cumplir las regulaciones federales aplicables o el Plan administrativo del HPD o el Plan administrativo del programa de subsidio de alquiler.

Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, puede llamar a Servicios al cliente al: 917-286-4300.

Devuelva el formulario completo a:

- **Por correo:** NYC Department of Housing Preservation and Development
Division of Tenant Resources, Attn: Executive Assistant
100 Gold St., Rm. 4Z2C, New York, NY 10038
- **Por fax:** 212-863-5299
- **Por email:** DTRAI@hpd.nyc.gov

Nombre de la persona que solicita la adaptación razonable: _____

Calle: _____

Número de teléfono: _____

Email: _____

Jefe del grupo familiar: _____

Fecha: _____

¹ <https://www1.nyc.gov/site/hpd/services-and-information/section-8-forms.page>



Seleccione la adaptación que está solicitando (puede marcar más de una):

- Permanecer en la unidad actual
- Agregar un dormitorio para el asistente interno
- Hacer que un familiar sea un asistente interno
- Ser eliminado de la lista de espera de vivienda
- Aumentar el tamaño de la habitación
- Alquilar a un pariente/familiar
- Otra: _____

Mudarse a una unidad diferente.

Seleccione todo lo que corresponda:

- Mudarse a una unidad con acceso para discapacitados
- Mudarse dentro de su edificio
- Mudarse a otro edificio
- Mudarse debido a una situación de emergencia

Describa por qué se necesita esta adaptación como resultado de su discapacidad: _____

Nombre Al proveedor de atención médica u otro profesional con conocimiento (por ejemplo, un trabajador social autorizado, enfermera, médico u otro profesional médico autorizado) responsable de los servicios relacionados con su discapacidad o la de su familiar, y pídale a ese profesional que complete la *Verificación de adaptación razonable* adjunta.

Nombre del profesional con conocimiento: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Certifico que las declaraciones arriba son verdaderas según mi leal saber y entender. Entiendo que dar información y declaraciones falsas puede provocar la denegación de mi solicitud de adaptación razonable y poner en peligro mi subsidio de vivienda. Autorizo al Departamento de preservación y desarrollo de la vivienda de la Ciudad de Nueva York a verificar mi elegibilidad para la adaptación solicitada. Para verificar esta información y asegurar el cumplimiento del HPD con la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos de 1996 (HIPAA), autorizo al HPD a comunicarse con el proveedor de atención médica mencionado arriba y permitir que el proveedor revele información al HPD.

Firma del jefe del grupo familiar

Fecha

Opcional: Firma del solicitante (si es menor de 18 años, padre o tutor legal)

Fecha



VERIFICACIÓN DE ADAPTACIÓN RAZONABLE
Para que lo complete un profesional con conocimiento

Para el profesional con conocimiento:² el Departamento de Preservación y Desarrollo de la Vivienda (HPD) de la Ciudad de Nueva York da adaptaciones razonables a un grupo familiar que solicita o recibe asistencia para el alquiler, para permitir el acceso equitativo al programa. El HPD puede dar una excepción a una política o procedimiento de asistencia de alquiler del HPD, si se establece una conexión verificable entre la discapacidad del miembro del grupo familiar y la solicitud de adaptación razonable. La persona que completa esta solicitud lo incluyó como un profesional con conocimiento que puede verificar la necesidad de adaptaciones razonables. **Incluya solo la información médica abajo que sea directamente relevante para la solicitud de una adaptación razonable (es decir, documentación que demuestre que hay una discapacidad que causa la necesidad de una adaptación específica). Tenga en cuenta que el HPD puede comunicarse con usted para pedir información adicional.**

Nombre del paciente/persona que solicita la adaptación: _____ Dirección del paciente: _____

Para hacer adaptaciones razonables, una persona tiene una discapacidad si tiene un **impedimento físico, mental o emocional que limita una o más actividades importantes de la vida, como cuidarse a sí mismo o hacer tareas manuales.**

¿La persona mencionada arriba cumple esta definición de discapacitado? Sí No No se puede verificar

Responda las preguntas de abajo para dar al HPD más información sobre el estado, las necesidades y la solicitud de adaptación de la persona mencionada arriba.

Nota: Para que se considere una adaptación, se debe establecer una conexión entre la discapacidad y la adaptación solicitada. Explique de qué forma la solicitud es necesaria debido a la condición médica o a la discapacidad de la persona. También responda todas las preguntas abajo, ya que ayudarán al HPD a revisar y tomar decisiones sobre muchos de los tipos de adaptaciones razonables que normalmente se solicitan en los programas de subsidio de alquiler del HPD.

¿Cuál es la duración prevista de la discapacidad? Permanente No discapacitado
 Temporal, duración esperada: _____

¿La persona no puede mudarse de su unidad actual y solicita permanecer en su lugar? Sí No No se puede verificar

Si la respuesta es sí, explique cómo se relaciona esto con la discapacidad de la persona: _____

¿La persona solicitó un espacio habitable más grande y es necesario? Sí No No se puede verificar

Si la respuesta es sí, explique cómo se relaciona esto con la discapacidad de la persona: _____

¿La persona solicitó mudarse a una unidad con acceso para discapacitados y es necesario? Sí No No se puede verificar

² Un profesional con conocimiento puede ser un trabajador social autorizado, una enfermera, un médico u otro profesional médico autorizado que sea responsable de los servicios relacionados con la discapacidad de la persona que solicita la adaptación.

Si la respuesta es sí, explique cómo se relaciona esto con la discapacidad de la persona: _____

¿Esta persona necesita asistencia en la unidad para su cuidado y bienestar? Sí No No se puede verificar

Si la respuesta es sí, explique: a) si la persona que prestará la atención está obligada o no a hacerlo; b) si la persona que prestará la atención viviría en la unidad si no fuera a prestar servicios de apoyo; y c) cómo se relaciona esto con la discapacidad de la persona:

¿La persona necesita (y solicitó) alquilarle a un pariente/familiar debido a la accesibilidad de la unidad? Sí No No se puede verificar

(p. ej., características de accesibilidad dentro de la unidad o la proximidad de la unidad a los servicios).

Si la respuesta es sí, explique cómo se relaciona esto con la discapacidad de la persona: _____

¿La persona necesita (y solicitó) alquilarle a un pariente/familiar porque lo están desalojando y el pariente/familiar tiene una unidad disponible? Sí No No se puede verificar

Si la respuesta es sí, explique cómo se relaciona esto con la discapacidad de la persona: _____

¿La persona solicitó alguna otra adaptación? Sí No No se puede verificar

Si la respuesta es sí, explique cuál es esta solicitud y de qué forma la hace necesaria la condición médica/discapacidad de la persona:

PROFESIONAL CON CONOCIMIENTO: CERTIFICACIÓN

Certifico que la información arriba es precisa y verdadera según mi leal saber y entender.

Nombre: _____ Cargo: _____

Firma: _____ Fecha: _____ Número de teléfono: _____

Número de licencia: _____ Nombre de la agencia: _____

Profesional con conocimiento: Ponga el sello médico abajo.



Envíe los formularios completados a:
NYC Department of Housing Preservation and Development
Division of Tenant Resources
100 Gold St., Rm. 4Z2C, New York, NY 10038
Attn: Executive Assistant
FAX: 212-863-5299
EMAIL: DTRAI@hpd.nyc.gov