# ZAŚWIADCZENIE O UPRAWNIENIACH DO LOKALU – UŁATWIONY DOSTĘP

# (Wypełnia wnioskodawca):

Imię i nazwisko wnioskodawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aktualny adres:

Nr budynku (domu) Ulica Nr lokalu

Miasto Stan Kod pocztowy

Niniejszy formularz powinien zostać przesłany do deweloperów zajmujących się budową domów przez wnioskodawców, którzy zostali wybrani do przetwarzania oraz wskazali we wniosku, że potrzebują lokalu, który jest dostępny i przystosowany dla członka rodziny będącego osobą z niepełnosprawnością ruchową, wzrokową lub słuchową.

Wnioskodawca musi przedstawić jeden z następujących dodatkowych dokumentów potwierdzających:

1. **Potwierdzenie świadczeniodawcy**. Drugą stronę tego formularza powinien wypełnić licencjonowany pracownik ochrony zdrowia lub pracownik nadzorujący organizacji świadczącej usługi członkowi gospodarstwa domowego z niepełnosprawnością.
2. **Potwierdzenie za pomocą jednego z dokumentów wymienionych na stronie 3**.

Wnioskodawca musi przesłać tę stronę, a także 1 lub 2 z wymienionych powyżej, do dewelopera za pośrednictwem Housing Connect, pocztą elektroniczną, pocztą tradycyjną lub osobiście.

## Imię i nazwisko członka gospodarstwa domowego z niepełnosprawnością ruchową, wzrokową lub słuchową utrzymującą się przez czas nieokreślony:

Relacja/pokrewieństwo z wnioskodawcą: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Czy osoba ubiegająca się o lokal z ułatwionym dostępem ma niepełnosprawność ruchową, np. porusza się na wózku inwalidzkim? Tak \_\_\_\_ Nie
2. Czy ta osoba ma niepełnosprawność słuchową? Tak \_\_\_\_ Nie
3. Czy ta osoba ma niepełnosprawność wzrokową? Tak \_\_\_\_ Nie

(Uwaga: jeśli ta osoba ma więcej niż jedną niepełnosprawność, należy udzielić właściwej odpowiedzi.

**Wypełnia członek gospodarstwa domowego z niepełnosprawnością (lub jego opiekun prawny):**

Potwierdzam, że powyższe oświadczenia są dokładne i prawdziwe zgodnie ze stanem mojej wiedzy. Rozumiem, że udzielanie fałszywych informacji może prowadzić do odrzucenia mojego wniosku. Jeżeli zdecyduję się na przesłanie dokumentów potwierdzających przez mojego świadczeniodawcę, upoważniam dewelopera, agenta marketingowego i Departament Ochrony i Rozwoju Mieszkalnictwa miasta Nowy Jork (NYC Department of Housing Preservation and Development, HPD) i Korporacja Rozwoju Mieszkalnictwa miasta Nowy Jork (NYC Housing Development Corporation, HDC) do zweryfikowania moich uprawnień u świadczeniodawcy, który wypełnił formularz potwierdzenia.

## Podpis:

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## POTWIERDZENIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCĘ

**Ten formularz powinien zostać wypełniony przez licencjonowanego pracownika ochrony zdrowia lub pracownika nadzorującego organizację świadczącą usługi członkowi gospodarstwa domowego z niepełnosprawnością.**

**Imię i nazwisko wnioskodawcy:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Imię i nazwisko członka gospodarstwa domowego z   
niepełnosprawnością ruchową, wzrokową lub słuchową:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Relacja/pokrewieństwo z wnioskodawcą:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wnioskodawca ubiega się o przyznanie lokalu mieszkalnego z ułatwionym dostępem lub może zostać dostosowany do użytku osoby z niepełnosprawnością ruchową, wzrokową lub słuchową (zgodnie z opisem poniżej). Artykuł 504 federalnej Ustawy o rehabilitacji wymaga, aby pewien udział lokali mieszkalnych na tym osiedlu był zarezerwowany dla osób z niepełnosprawnością ruchową, wzrokową i słuchową, które potrzebują lokali z ułatwionym dostępem / możliwością dostosowania. Prosimy o potwierdzenie, że wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego ma niepełnosprawność ruchową, wzrokową i/lub słuchową utrzymującą się przez czas nieokreślony.

**Rodzaj świadczeniodawcy:**

[ ] **Jestem** **licencjonowanym pracownikiem ochrony zdrowia**. Informacje w tym dokumencie podaję na podstawie swojej wiedzy zawodowej oraz moich interakcji z wnioskodawcą i/lub członkiem jego gospodarstwa domowego z niepełnosprawnością. Rodzaj opieki zdrowotnej, którą świadczę: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (przykłady: fizjoterapia, okulista itp.)

[ ] **Pracuję na stanowisku kierowniczym w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, organizacji świadczącej usługi dla osób z niepełnosprawnością.** Informacje w tym dokumencie podaję na podstawie własnego doświadczenia w pracy z wnioskodawcą i/lub członkiem jego gospodarstwa domowego z niepełnosprawnością oraz rodzaju świadczeń oferowanych przez moją organizację na rzecz tych osób.

## Potwierdzenie niepełnosprawności członka gospodarstwa domowego

Wskazany członek gospodarstwa domowego ma następujący rodzaj niepełnosprawności:

* [ ] niepełnosprawność ruchowa, w związku z czym korzystny byłby lokal zaprojektowany dla osób z niepełnosprawnością ruchową (lokal zaprojektowany z uwzględnieniem udogodnień dla osób o ograniczonej sprawności ruchowej, np. większy promień skrętu w łazience i kuchni). Te lokale zostały zaprojektowane, tak aby spełniały uniwersalne federalne standardy dostępności.
* [ ] niepełnosprawność słuchowa w takim stopniu, że wymaga lokalu zaprojektowanego z myślą o osobach z niepełnosprawnością słuchową (lokalu, który został wyposażony w takie rozwiązania jak czujnik dymu z migającym alarmem oraz odpowiedni dzwonek i inne technologie wspierające).
* [ ] niepełnosprawność wzrokowa w takim stopniu, że wymaga lokalu zaprojektowanego z myślą o osobach z niepełnosprawnością wzrokową (lokalu, który został wyposażony w takie rozwiązania jak odpowiednie alarmy audio i inne technologie wspierające).

Potwierdzam, że zgodnie z moją wiedzą, powyższe informacje są prawdziwe i dokładne.

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stanowisko / powiązanie z organizacją: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa organizacji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rodzaj licencji/certyfikatu (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer licencji (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pieczęć (jeśli dotyczy):

## POTWIERDZENIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI NA PODSTAWIE DOKUMENTU

W celu potwierdzenia zapotrzebowania na lokal dostępny dla osób z niepełnosprawnością ruchową, wzrokową lub słuchową wnioskodawca może złożyć następujące rodzaje dokumentów. Ten dokument można przesłać zamiast potwierdzenia świadczeniodawcy.

**W przypadku członka gospodarstwa domowego z niepełnosprawnością ruchową:**

* Prawo jazdy wydane w stanie Nowy Jork z ograniczeniem „A”, „U” lub „X” lub prawo jazdy wydane w innym stanie wskazujące na niepełnosprawność ruchową

**W przypadku małoletniego (w wieku poniżej 18 lat) członka gospodarstwa domowego z niepełnosprawnością:**

* Kopia IEP lub dokumentu 504 Plan opracowanego z personelem szkoły, do której uczęszcza małoletnie dziecko, wskazującego na niepełnosprawność ruchową, wzrokową lub słuchową małoletniego.

**W przypadku członka gospodarstwa domowego z niepełnosprawnością słuchową:**

* Prawo jazdy wydane w stanie Nowy Jork z ograniczeniem „F1” lub prawo jazdy wydane w innym stanie wskazujące na utratę słuchu
* Inny dokument rządowy wyraźnie wskazujący na utratę słuchu
* Dyplom lub transkrypt ze szkoły lub placówki dla osób niesłyszących

**W przypadku członka gospodarstwa domowego z niepełnosprawnością wzrokową:**

* Dokument rejestracji wydany przez Komisję ds. Niewidomych stanu Nowy Jork (NYS Commission for the Blind) lub innego równoważnego wydziału z innego stanu
* Potwierdzenie ślepoty w rozumieniu prawnym wydane przez Komisję ds. Niewidomych stanu Nowy Jork lub równoważny dokument z innego stanu
* Pismo przyznające świadczenia SSDI wyraźnie wskazujące na ślepotę
* Inny dokument rządowy wyraźnie wskazujący na ślepotę
* Dyplom lub transkrypt ze szkoły lub placówki dla niewidomych