# 无障碍单元适配资格认证

# 由申请人填写：

申请人姓名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

电子邮箱： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

当前地址：

楼栋（房间）号 街道 公寓

城市 州 邮政编码

本表格需由已入选处理流程的经济适用房申请人提交至住房开发商，且申请人须在申请中明确表明需要为患有行动， 听力或视力障碍的家庭成员提供无障碍或可改造的住宅单元。

申请人需提交以下任一补充验证材料：

1. **服务提供方验证**。本表格第二页由持牌医疗专业人员或者为残障家庭成员提供服务的机构的督导级员工填写。
2. **第 3 页所列文件之一的验证**。

申请人需通过房屋连接 (Housing Connect) ， 电子邮件， 邮寄或面交的方式向住房开发商提交本页，并附上以上所列第 1 条或第 2 条中的材料。

## 患有长期行动， 视力或听力障碍的家庭成员姓名：

与申请人的关系： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 申请无障碍住房的人士是否存在行动不便（如日常需使用轮椅代步）？  
    \_ 是 \_\_\_\_ 否
2. 此人是否有听力障碍？ \_ 是 \_\_\_\_ 否
3. 此人是否有视力障碍？ \_ 是 \_\_\_\_ 否

（注意：如果此人患有多项障碍，请相应地回答）。

**由患有残障的家庭成员（或其法定监护人）填写）：**

本人保证上述声明在本人所知的范围内均属真实。本人了解，提供虚假信息可能会导致本人的房屋申请被拒绝。若我选择通过服务提供机构提交验证材料，则本人授权住房开发商，   
销售代理及 NYC 房屋保护与建设局 (Housing Preservation and Development, HPD)/ NYC 住房发展公司 (Housing Development Corporation, HDC) 可向填写本验证表的服务提供机构核实本人的申请资格。

## 签名：

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 服务提供机构验证残障状况

**本表格可由持牌医疗专业人员或者为残障家庭成员提供服务的机构的督导级员工填写。**

**申请人姓名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**患有行动， 视力或听力残障的  
家庭成员的姓名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**与申请人的关系： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

申请人现申请被认定为符合无障碍/可改造以满足行动， 视力或听力障碍人士（具体描述如下）使用需求的住宅单元的分配资格。根据联邦法律《康复法案》第 504 条款规定，本住宅项目中必须预留一定比例的住宅单元，专供因行动， 视力或听力障碍而需要无障碍/可改造住房的残障人士使用。  
请确认申请人或其家庭成员是否存在行动， 视力和/或听力障碍。

**服务提供机构的类型：**

[ ] **我是持牌的医疗专业人员**。本人基于我的专业资质， 与申请人和/或其患有残障的家庭成员的交流提供本文件所述信息。本人提供的医疗保健类型为 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（例如：物理治疗；眼科医生等）

[ ] **我在 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 担任督导职位，这是一家为残障人士提供服务的机构**。本人基于与申请人和/或其残障家庭成员的实际服务经验以及本人所在机构为他们提供的服务类型提供本文件所述信息。

## 家庭成员的残障状况证明

指定的家庭成员存在：

* [ ] 行动障碍：需要适配行动障碍人士的无障碍住房单元（房屋需具备便于肢体活动受限者的设计要素，如浴室及厨房预留更大活动空间）。此类单元符合《联邦通用无障碍标准》规范。
* [ ] 听力障碍：需要适配听障人士的无障碍住房单元（房屋需预设支持可视警报系统，包括频闪灯烟雾报警器， 闪光门铃及其他辅助技术设备）。
* [ ] 视力障碍：需要适配视障人士的无障碍住房单元（房屋需预设支持语音提示系统，包括语音播报警报器及其他辅助技术设备）。

本人郑重声明：以上信息基于本人专业判断及实际情况核查，确保证明内容真实无误。

姓名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

职位/与机构的关系： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

机构名称： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

电子邮件地址： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

牌照/证明类型（如适用）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

牌照号（如适用）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

印章（如适用）：

## 以文件证明残障状况

申请人可通过提交以下类型的证明文件，来核实其对无障碍住房单元（适用于行动障碍， 视力障碍或听力障碍人士）的需求。提交此文件可替代服务提供机构的验证流程。

**对于存在行动障碍的家庭成员：**

* NYS 驾照上注有“A”、“U”或“X”类限制，或其他州签发的标明行动障碍的驾照

**对于未成年（未满 18 岁）的残障家庭成员：**

* 由未成年学生所在学校教职员工共同制定的个性化教育方案 (IEP) 或 504 计划副本，文件中需明确注明该学生存在行动障碍， 视力障碍或听力障碍

**对于存在听力障碍的家庭成员：**

* NYS 驾照上注有“F1”，或其他州签发的标明听力障碍的驾照
* 特别标明听力丧失的其他政府身份卡
* 聋哑学校或机构的文凭或成绩单

**对于存在视力障碍的家庭成员：**

* NYS 盲人委员会（或其他州同等机构）出具的注册文件
* NYS 盲人委员会出具的法定盲证明或另一州出具的同等文件
* 特别标明眼睛失明的 SSDI 授予函
* 特别标明眼睛失明的政府身份卡
* 盲人学校或机构的文凭或成绩单