# CERTIFICATION D’ADMISSIBILITÉ À UN LOGEMENT ACCESSIBLE

# À remplir par le demandeur/la demandeuse :

Nom du demandeur/de la demandeuse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse actuelle :

N° du bâtiment (de la maison) Rue Appart.

Ville État Code postal

Ce formulaire doit être remis aux promoteurs par les demandeurs de logement abordable qui ont été sélectionnés pour le traitement de leur demande et qui ont indiqué sur cette dernière avoir besoin d’un logement accessible ou adaptable pour un membre de leur foyer en situation de handicap moteur, auditif ou visuel.

Le demandeur/la demandeuse doit fournir l’une des justifications supplémentaires suivantes :

1. **Justification par un prestataire de services**. Faites remplir la deuxième page de ce formulaire par un professionnel de santé agréé ou un employé exerçant des fonctions de supervision d’une organisation qui fournit des services au membre du foyer en situation de handicap.
2. **Justification par l’un des documents indiqués à la page 3.**

Le demandeur/la demandeuse doit envoyer cette page, accompagnée de l’une ou l’autre des justifications indiquées ci-dessus, au promoteur immobilier par l’intermédiaire de Housing Connect, par courriel, par la poste ou en personne.

## Nom du membre du foyer en situation de handicap moteur, visuel ou auditif de durée indéterminée :

Lien avec le demandeur/la demandeuse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. La personne qui recherche un logement accessible est-elle en situation de handicap moteur, telle que l’utilisation d’un fauteuil roulant ? \_ Oui \_\_\_\_ Non
2. La personne est-elle en situation de handicap auditif ? \_ Oui \_\_\_\_ Non
3. La personne est-elle en situation de handicap visuel ? \_ Oui \_\_\_\_ Non

(Remarque : si la personne souffre de plusieurs handicaps, veuillez remplir le formulaire en conséquence.)

**À remplir par le membre du foyer en situation de handicap (ou son tuteur/sa tutrice légal[e]) :**

Je certifie que les déclarations ci-dessus sont, à ma connaissance, exactes. Je comprends que la communication de fausses informations peut entraîner le refus de ma demande de logement. Si je choisis de présenter une justification de mon prestataire de services, j’autorise le promoteur, l’agent commercial et le Département de la préservation et du développement des logements (Department of Housing Preservation and Development, HPD) de la ville de New York ou la Corporation pour le développement du logement (Housing Development Corporation, HDC) de la ville de New York à vérifier mon admissibilité auprès du prestataire de services qui a rempli le formulaire de justification.

## Signature :

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## JUSTIFICATION DU HANDICAP PAR UN PRESTATAIRE DE SERVICES

**Ce formulaire peut être rempli par un professionnel de santé agréé ou un employé exerçant des fonctions de supervision d’une organisation qui fournit des services au membre du foyer en situation de handicap.**

**Nom du demandeur/de la demandeuse :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nom du membre du foyer en situation   
de handicap moteur, visuel ou auditif :**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lien avec le demandeur/la demandeuse :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le demandeur/la demandeuse souhaite être considéré(e) comme admissible à un logement qui soit accessible ou qui puisse être adapté à une personne en situation de handicap moteur, visuel ou auditif (comme décrit ci-dessous). L’article 504 de loi fédérale sur la réadaptation (Rehabilitation Act), exige qu’un certain pourcentage de logements dans ce projet soit destiné aux personnes en situation de handicap moteur, visuel ou auditif qui ont besoin de logements accessibles ou adaptables. Veuillez confirmer que le demandeur/la demandeuse ou un membre de son foyer est en situation de handicap moteur, visuel ou auditif de durée indéterminée.

**Type de prestataire de services :**

[ ] **Je suis un professionnel de santé agréé.** Je fournis les informations figurant dans ce document sur la base de mon expertise professionnelle et de mon interaction avec le demandeur/la demandeuse ou un membre de son foyer en situation de handicap. Le type de soins de santé que je fournis est \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (par exemple : la kinésithérapie, l’ophtalmologie, etc.).

[ ] **J’exerce des fonctions de supervision chez** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, une organisation qui fournit des services aux personnes en situation de handicap.** Je fournis les informations figurant dans ce document sur la base de mon expérience avec le demandeur/la demandeuse ou un membre de son foyer en situation de handicap et du type de services que mon organisation leur fournit.

## Justification du handicap d’un membre du foyer

Le membre du foyer mentionné est en situation de :

* [ ] handicap moteur qui lui permettrait de bénéficier d’un logement conçu pour les personnes en situation de handicap moteur (logement conçu avec des caractéristiques adaptées aux personnes à mobilité physique réduite, comme un plus grand rayon de braquage dans la salle de bains et la cuisine). Ces logements sont conçus pour respecter les normes d’accessibilité fédérales universelles (Federal Accessibility Standards).
* [ ] handicap auditif à un tel point qui lui permettrait de bénéficier d’un logement pour une personne en situation de handicap auditif (logement avec des équipements comme une sonnette et un détecteur de fumée à lumière stroboscopique et d’autres dispositifs technologiques).
* [ ] handicap visuel à un tel point qui lui permettrait de bénéficier d’un logement pour une personne en situation de handicap visuel (logement avec des équipements comme des alarmes audio appropriées et d’autres dispositifs technologiques).

J’affirme, qu’au mieux de ma connaissance, les informations ci-dessus sont exactes.

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titre/lien avec l’organisation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de l’organisation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Type de licence/certification (le cas échéant) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro de licence (le cas échéant) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cachet (le cas échéant) :

## JUSTIFICATION DU HANDICAP PAR UN DOCUMENT

Un demandeur/une demandeuse peut présenter les types de documents suivants pour justifier de son besoin d’un logement accessible aux personnes en situation de handicap moteur, visuel ou auditif. Ce document peut être présenté à la place d’une justification par un prestataire de services.

**Pour un membre du foyer en situation de handicap moteur :**

* Permis de conduire de l’État de New York avec une restriction « A », « U » ou « X » ou permis de conduire d’un autre État indiquant un handicap moteur

**Pour un membre du foyer en situation de handicap qui est mineur (moins de 18 ans) :**

* Copie du Programme d’enseignement individualisé (Individualized Education Program, IEP) ou du Plan 504 (504 Plan) élaboré avec le personnel de l’école de l’enfant mineur indiquant son handicap moteur, visuel ou auditif

**Pour un membre du foyer en situation de handicap auditif :**

* Permis de conduire de l’État de New York avec la mention « F1 » ou permis de conduire d’un autre État indiquant une perte auditive
* Autre carte d’identité officielle indiquant expressément la perte auditive
* Diplôme ou relevé de notes d’une école ou d’un établissement pour personnes malentendantes

**Pour un membre du foyer en situation de handicap visuel :**

* Document d’inscription de la Commission pour les aveugles (Commission for the Blind) de l’État de New York (ou d’un organisme équivalent d’un autre État)
* Vérification de la cécité légale de la Commission pour les aveugles de l’État de New York ou document équivalent d’un autre État
* Lettre d’octroi de l’assurance invalidité de la Sécurité sociale (Social Security Disability Insurance, SSDI) indiquant expressément la cécité
* Carte d’identité délivrée par le gouvernement indiquant expressément la cécité
* Diplôme ou relevé de notes d’une école ou d’un établissement pour personnes aveugles