

AYUDA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

¿Tiene alguna discapacidad, condición médica o de salud mental que le dificulta solicitar u obtener nuestros beneficios?

Por ejemplo:

- ¿Se le dificulta usar transporte público debido a su condición?
- ¿Necesita ayuda para ir a las citas?
- ¿Se le dificulta esperar largo tiempo debido a su condición?
- ¿Tiene dificultad para leer, entender o completar formularios?
- ¿Necesita ayuda debido a una discapacidad visual o auditiva?
- ¿Necesita otro tipo de ayuda debido a su condición?

En caso afirmativo, tal vez podamos ayudarlo(a). A esta ayuda se le llama acomodamiento razonable.

CÓMO PEDIR EL ACOMODAMIENTO RAZONABLE



EN PERSONA: Puede pedir ayuda al presentarse en una oficina o centro de la *HRA*.



LLAME AL: 718-557-1399

También nos puede escribir o completar la petición que esta al reverso de este formulario y enviarla por:



FAX: 917-639-9241



CORREO ELECTRÓNICO: ConstituentAffairs@dss.nyc.gov



CORREO POSTAL:
HRA
Office of Constituent Services
150 Greenwich Street, 35th Floor
New York, NY 10007

¡OBTENGA AYUDA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO!

Puede obtener ayuda para completar este formulario o su petición.

LLAME AL 718-557-1399 o VISITE su oficina o centro de la *HRA*.

Gire esta hoja para completar el Formulario de Petición de Acomodamiento Razonable. ➔

**AYUDA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES
FORMULARIO DE PETICIÓN DE ACOMODAMIENTO RAZONABLE**

¿Tiene alguna discapacidad, condición médica o de salud mental que le dificulta solicitar u obtener nuestros beneficios? **En caso afirmativo**, favor de completar este formulario. **En caso negativo**, no necesita completarlo.

SUS DATOS

Nombre y apellido: _____ Fecha: _____
 Fecha
 Número de caso: _____ de Nacimiento: _____
 Núm. de teléfono 1: _____ Núm. de teléfono 2 (de tenerlo): _____
 Dirección: _____

¿POR QUÉ NECESITA AYUDA?

Explíquenos cómo su condición afecta el acceso a beneficios y servicios de la HRA. (Si necesita más espacio para escribir, favor de adjuntar páginas adicionales): _____

ELIJA CUÁL AYUDA NECESITARÍA DEBIDO A SU CONDICIÓN:

- | | |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> Ayuda para personas ciegas o con visión limitada. <i>Detalles:</i>
_____</p> <p><input type="checkbox"/> Citas programadas para cuando desee que alguien le acompañe</p> <p><input type="checkbox"/> Ningunas citas durante ciertos días y horas</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna cita durante las horas pico</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna cita en oficinas mientras solicita <i>Access-A-Ride</i></p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo de espera más corto</p> <p><input type="checkbox"/> Acomodamientos (aparte de los de arriba) que necesita para acceder a los servicios de la HRA. <i>Detalles:</i>

_____</p> | <p>Ayuda para sordos o con dificultad auditiva  :</p> <p><input type="checkbox"/> Interpretación de lenguaje de señas estadounidense (ASL)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro modo de interpretación
<i>Detalles:</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ayuda para leer formularios</p> <p><input type="checkbox"/> Ayuda para completar formularios</p> <p><input type="checkbox"/> Necesita que la HRA vaya a su casa para las citas</p> <p><input type="checkbox"/> Transferir su caso a este centro:
_____</p> <p><input type="checkbox"/> Mantener su caso en su centro:
_____</p> |
|--|--|

**Por el momento, no tiene que entregarnos ningún comprobante de su condición.
Es posible que le pidamos documentos médicos o clínicos en una fecha posterior.**

To be completed by HRA worker if submitted at an HRA location (Please give a copy to the client):	
_____	_____
Location	Date Received
_____	_____
Name of HRA worker (Print)	Signature
Center 90 Staff only: Homebound status was requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	