

E. 本人仅此授权您，本人的医护人员或社会工作者，向NYCHA提供本表G部份和H部份（如需要求辅助类动物）所要求的信息。

F. 本资料发放授权不应豁免任何专业关系之间的保密责任。

1. 残疾人士签名

2. 日期

(月/日/年)

3. 父母，监护人或授权代理人签名
(如适用)

4. 日期

(月/日/年)



G. B 部份：医护人员/社工的答复

请医护人员/社工为列于本表格第一页的需要安排合理便利措施的残疾人士填写此部份表格。

1. 社工/医护人员资料

2. 社工/医护人员姓名

a. 社工/医护人员

b. 社工

a. 姓

b. 名

c. 中间名

d. 您所属的机构

e. 机构地址

f. 办公电话

-

g. 医护执照编号

3. 患者/客户数据：

a. 这名人士成为您的患者/客户多久？

b. 您最近一次评估这名患者/客户是何时？

(月/日/年)

c. 您的患者/客户因肢体伤残，慢性病，智障，或心理障碍等情况或曾患此类病况而需要申请合理便利措施吗？

1. 是 2. 否

d. 如适用：请说明哪些主要的日常活动受到影响或限制。

4. 简要说明残疾状况和所需的合理便利措施类型：



请在下方空白处说明所申请的合理便利措施如何帮助残疾人士解决日常生活出现的困难，但无需透露残疾状况。如果您想提供其它资料或证明文件，请随表附上。



a. 身患的残疾属于暂时性的吗？ 1.是 2. 否 3. 无法确定

b. 如果“是”，所申请的合理便利措施与残疾人士的状况有什么联系？（备注：为了帮助您所申请的合理便利措施获得考虑，请说明所申请的合理便利措施与残疾人士的状况之间的联系。如必要，请随表附上其它证明文件。

5. 如果残疾状况属于暂时性的，或您不确定您的患者/客户的残疾状况将持续多久，请在下方空白处说明原因。如果您想提供其它资料或证明文件，请随表附上。

6. 本人证明所提供的上述资料均据我所知，且真实无误。

a. 医护人员/社工签名

b. 日期

--	--	--	--	--	--	--	--

(月/日/年)

c. 医护人员：在下方加盖医疗章戳



H. 仅适用于辅助类动物的申请

如果所提出的合理便利措施申请针对辅助类动物，请完成此部份。

辅助类动物分为两种：（1）辅助类动物是指任何经过单独训练的狗犬，能帮助残疾人士，包括肢体，感官，心理，智力或其它精神障碍的残疾人完成日常工作或执行任务。辅助类动物所从事的工作或任务必须与个人的残疾状况有直接联系；而且（2）其它为残疾人士工作，执行任务，提供帮助和/或治疗性情感支持的（经训练或未经训练的）动物，通常被称为“情感支持动物”。

请完成下列部分，在上述指定的空白处签名并交给您的患者。

1. 请说明您与患者之间的本质关系。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. 请说明患者的肢体或心理障碍或残疾状况所需的合理便利措施申请。

3. 请描述该动物所提供的工作，协助，任务，或治疗性情感支持如何让患有上述残疾或障碍的患者受益。



H. 仅适用于辅助类动物的申请

如果所提出的合理便利措施申请的动物是独特的动物（例如，传统上不作为家畜饲养的动物），请完成下列附加问题：

4. 请注明最近一次与诊治患者的日期。

--	--	--	--	--	--	--	--

(月/日/年)

5. 请提供您所掌握的关于患者所要求的特定的动物，或者您是否特别推荐该动物作为患者的辅助类动物的任何信息。

6. 请指出证明患者对特定动物的需求的独特情况。



