

E. 本人僅此授權您，本人的醫護人員或社會工作者，向NYCHA提供本表G部份和H部份(如需要服務類動物)所要求的信息。

F. 本資料發放授權不應豁免任何專業關係之間的保密責任。

1. 殘疾人士簽名

2. 日期

(月/日/年)

3. 父母，監護人或授權代理人簽名
(如適用)

4. 日期

(月/日/年)



G. B 部份: 醫護人員/社工的答覆

請醫護人員/社工為列於本表格第一頁的需要安排合理便利措施的殘疾人士填寫此部份表格。

1. 社工/醫護人員資料

a. 社工/醫護人員

b. 社工

2. 社工/醫護人員姓名

a. 姓

b. 名

c. 中間名

d. 您所屬的機構

e. 機構地址

f. 辦公電話

-

g. 醫護執照編號

3. 患者/客戶資料:

a. 這名人士成為您的患者/客戶多久?

b. 您最近一次評估這名患者/客戶是何時?

(月/日/年)

c. 您的患者/客戶因肢體傷殘，慢性病，智障，或心理障礙等情況或曾患此類病況而需要申請合理便利措施嗎?

1. 是 2. 否

d. 如適用：請說明哪些主要的日常活動受到影響或限制。

4. 簡要說明殘疾狀況和所需的合理便利措施類型：



請在下方空白處說明所申請的合理便利措施如何幫助殘疾人士解決日常生活出現的困難，但無需透露殘疾狀況。如果您想提供其它資料或證明文件，請隨表附上。



a. 身患的殘疾屬於暫時性的嗎？ 1.是 2.否 3.無法確定

b. 如果“是”，所申請的合理便利措施與殘疾人士的狀況有什麼聯繫？(備註：為了幫助您所申請的合理便利措施獲得考慮，請說明所申請的合理便利措施與殘疾人士的狀況之間的聯繫。如必要，請隨表附上其它證明文件。

5. 如果殘疾狀況屬於暫時性的，或您不確定您的患者/客戶的殘疾狀況將持續多久，請在下方空白處說明原因。如果您想提供其它資料或證明文件，請隨表附上。

6. 本人證明所提供的上述資料均據我所知，且真實無誤。

a. 醫護人員/社工簽名

b. 日期

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

(月/日/年)

c. 醫護人員:在下方加蓋醫療章戳



H. 僅適用於輔助類動物的申請

如果所提出的合理便利措施申請的動物是獨特的動物 (例如，傳統上不作為家畜飼養的動物)，請完成下列附加問題：

4. 請注明最近一次與診治患者的日期。

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

(月/日/年)

5. 請提供您所掌握的關於患者所要求的特定的動物，或者您是否特別推薦該動物作為患者的輔助類動物的任何信息。

6. 請指出證明患者對特定動物的需求的獨特情況。



