



NEW YORK CITY HOUSING AUTHORITY

Форма медицинского подтверждения

А. Дело #:

В. Чтобы Жилищное управление г. Нью-Йорка (New York City Housing Authority, NYCHA) могло оценить ваш запрос на приемлемую модификацию (reasonable accommodation) из-за умственных, эмоциональных нарушений или нарушений развития, NYCHA требуется информация о вашей инвалидности (нарушениях) от лицензированного поставщика медицинских услуг или социального работника.

Если запрос о приемлемой модификации предназначен для инвалида младше 18 лет или для того, кто не в состоянии подписать его, то родитель, опекун или уполномоченный представитель должны заполнить и подписать эту форму от имени инвалида.

С. РАЗДЕЛ А: РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

1. Имя и фамилия лица, для которого запрашивается модификация:

Form fields for name and initials: a. Фамилия, b. Имя, c. Инициал среднего имени

2. Последние четыре цифры номера социального страхования

Form field for social security number

3. Дата рождения

Form field for date of birth

(мм/дд/гггг):

D. РАЗРЕШЕНИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Я, вышеупомянутое лицо (или мой уполномоченный представитель), разрешаю указанному ниже поставщику медицинских услуг или социальному работнику предоставить NYCHA следующую информацию о моей инвалидности, насколько это касается моего запроса о предоставлении приемлемой модификации.

- Информация о моей потребности в указанной выше приемлемой модификации или рекомендация относительно альтернативной приемлемой модификации.

Поставщик медицинских услуг или социальный работник имеют право предоставить NYCHA информацию в офис и по указанному ниже адресу. Вышеупомянутое лицо или его уполномоченный представитель дают свое разрешение на раскрытие этой информации, даже если она может являться конфиденциальной в соответствии с законами штата Нью-Йорк или Правилom конфиденциальности Закона о преемственности и подотчетности медицинского страхования от 1996 года (HIPPA).

- Данное разрешение не является отказом от конфиденциальности профессиональных отношений между мной и поставщиком медицинских услуг или социальным работником.
Данное разрешение может быть отозвано мною в любое время путем подачи письменного заявления поставщику медицинских услуг или социальному работнику.
Поставщик медицинских услуг или социальный работник, заполняющие эту форму, могут приложить дополнительные документы в поддержку запроса о приемлемой модификации или в ответ на любые последующие запросы NYCHA.
Данное разрешение ограничено по времени, и его целью является позволить NYCHA рассмотреть мой запрос о предоставлении приемлемой модификации и ответить на него. При любых обстоятельствах срок действия данного разрешения истекает через один год с даты его подписания.



Е. Настоящим я разрешаю вам, как поставщику медицинских услуг или социальному работнику, предоставить NYCHA информацию, запрошенную в разделах G и H (при запросе касательно животного-помощника).

Ф. Эта выдача информации не является отказом от конфиденциальности наших профессиональных отношений.

1. Подпись лица с инвалидностью

2. Дата

(мм/дд/гггг)

3. Подпись родителя, опекуна или уполномоченного
представителя
(если имеется)

4. Дата

(мм/дд/гггг)



G. РАЗДЕЛ В: ОТВЕТ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ/ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА

Попросите поставщика медицинских услуг или социального работника заполнить этот раздел касательно лица, указанного на стр. 1, для которого вы запрашиваете модификацию.

1. ИНФОРМАЦИЯ О СОЦИАЛЬНОМ РАБОТНИКЕ/ПОСТАВЩИКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

а. Поставщик медицинских услуг б. Социальный работник

2. Имя и фамилия социального работника/поставщика медицинских услуг

а. Фамилия б. Имя в. Инициал
среднего имени

д. К какому агентству вы принадлежите

е. Адрес агентства

ф. Телефон офиса — г. Профессиональная лицензия №

3. ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ/ КЛИЕНТЕ:

а. Как долго это лицо является вашим пациентом/клиентом?

б. Когда этот пациент/клиент был у вас на приеме последний раз?
(мм/дд/гггг)

в. Имеется ли у вашего пациента/клиента физическое, медицинское, психическое или психологическое нарушение или история таких нарушений, требующих модификации? 1. Да 2. Нет

д. Если применимо: объясните, какие основные области жизнедеятельности могут быть затронуты.

4. КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ СОСТОЯНИЯ И ТРЕБУЕМОЙ МОДИФИКАЦИИ:

Опишите в предоставленном ниже месте, не раскрывая инвалидность, каким образом модификация будет соответствовать патологии. Если вы хотите предоставить дополнительную информацию, пожалуйста, приложите ее к этой форме.



а. Является ли эта патология временной? 1. Да 2. Нет 3. Невозможно сделать заключение

б. Если «да», то как модификация связана с патологией этого лица? (Примечание: для рассмотрения возможности модификации необходимо установить связь между патологией и запрашиваемой модификацией. Вы не обязаны раскрывать полный диагноз или точную патологию). При необходимости приложите дополнительную информацию к этой форме.

5. Если патология носит временный характер, или вы не уверены в том, как долго будет страдать этим нарушением ваш клиент/пациент, объясните причину в отведенном ниже месте. Если вы хотите предоставить дополнительную информацию, приложите ее к этой форме.

6. Я подтверждаю, что вышеприведенная информация является точной и верной в меру моих знаний.

а. Подпись представителя медучреждения/
Социального работника

б. ДАТА

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

(мм/дд/гггг)

с. Поставщик медицинских услуг: Поставьте медицинскую печать ниже.



Н. ТОЛЬКО КАСАТЕЛЬНО ЖИВОТНЫХ-ПОМОЩНИКОВ

ЗАПОЛНИТЕ ЭТОТ РАЗДЕЛ, ЕСЛИ ЗАПРАШИВАЕМАЯ ПРИЕМЛЕМАЯ МОДИФИКАЦИЯ КАСАЕТСЯ ЖИВОТНОГО-ПОМОЩНИКА.

Есть два типа животных-помощников: (1) служебное животное: определяется как любая собака, индивидуально обученная для работы или выполнения задач в интересах лица с инвалидностью, включая физические, сенсорные, психиатрические, интеллектуальные или другие умственные нарушения. Работа или задачи, выполняемые служебным животным, должны быть напрямую связаны с инвалидностью человека; и (2) другие обученные или не обученные животные для работы, выполнения задач, предоставления помощи и/или оказания терапевтической эмоциональной поддержки в интересах лица с инвалидностью, обычно называемые «животными поддержки».

Заполните следующие разделы, подпишите в выше указанном для подписи месте и верните своему пациенту.

1. Укажите, кем вам приходится пациент.
2. Обсудите физическое или умственное нарушение или инвалидность пациента, по поводу которых запрашивается приемлемая модификация.
3. Опишите, как оказываемые животным работа, выполнение задач, предоставление помощи или терапевтической эмоциональной поддержки приносят пользу пациенту с инвалидностью или нарушениями, указанными выше.



Н. ТОЛЬКО КАСАТЕЛЬНО ЖИВОТНЫХ-ПОМОЩНИКОВ

Если животное, запрашиваемое в качестве приемлемой модификации, является уникальным животным (*т.е. животным, которое традиционно не содержится в семье как домашнее животное*), ответьте на следующие дополнительные вопросы:

4. Укажите дату последней консультации с пациентом.

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

(мм/дд/гггг)

5. Предоставьте любую имеющуюся у вас информацию о конкретном животном, которое запрашивает пациент, или о том, было ли животное специально рекомендовано вами в качестве животного-помощника для пациента.
6. Укажите уникальные обстоятельства, оправдывающие потребность пациента в конкретном животном.



A translation or larger-font version of this document is available from the Customer Contact Center and your Property Management Office. NYCHA is providing the translation for your information only.
Please fill out the English language version of the document.

La traducción o una versión con letra de mayor tamaño de este documento está disponible en el Centro de Atención al Cliente y en la Oficina de Administración de su residencial. NYCHA está suministrando la traducción en español sólo para su información.
Por favor, llene la versión en inglés del documento.

Перевод этого документа с крупным шрифтом можно получить в Центре обслуживания клиентов (Customer Contact Center) и офисе управления вашего жилкомплекса. NYCHA предоставляет перевод только для вашей информации. Пожалуйста, заполните английский вариант документа.

客戶服務中心備有文件的翻譯和大號字體版本可供索取。
NYCHA所提供的文件譯本僅供參考。請填寫文件的英文版本。

客户服务中心备有文件的翻译和大号字体版本可供索取。
NYCHA所提供的文件译本仅供参考。请填写文件的英文版本。

