

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。

