

Reiniciar

# AUTORIDAD DE VIVIENDA DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK

## Formulario de verificación médica

A. Caso #:

B. Para que la Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Nueva York ("NYCHA", por sus siglas en inglés) evalúe su solicitud de adaptación especial razonable debido a una discapacidad mental, de desarrollo o emocional, NYCHA requiere información sobre su discapacidad por parte de un proveedor de atención médica o trabajador social autorizado. Este proveedor de atención médica o trabajador social debe estar familiarizado con el historial de su discapacidad. Por favor, rellene las secciones C a F de este formulario. El proveedor de atención médica o el trabajador social debe rellenar las secciones G y H (si solicita un animal de asistencia). Este formulario debe ser rellenado y firmado por la persona discapacitada o su representante autorizado.

Si la solicitud de adaptación especial razonable es para un individuo discapacitado que es menor de 18 años o no puede firmar, el padre/madre, tutor o representante autorizado debe completar y firmar este formulario en nombre de la persona discapacitada

### C. SECCIÓN A: AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

1. Nombre de la persona para la que se solicita la adaptación:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

a. Apellido

b. Primer nombre

c. IM

b. Últimos 4 dígitos del número de seguro social

3. Fecha de nacimiento

(mes/día/año)

### D. AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, la persona nombrada anteriormente o mi representante autorizado, autorizo al proveedor de atención médica o al trabajador social identificado a continuación a proporcionarle a NYCHA la siguiente información sobre mi discapacidad, en lo que respecta a mi solicitud de adaptación especial razonable.

- Información sobre mi necesidad de la adaptación especial razonable mencionada anteriormente, o una recomendación para una adaptación especial razonable alternativa.

El proveedor de atención médica o el trabajador social están autorizados a entregarle la información a NYCHA en la oficina y la dirección indicadas a continuación. La persona arriba mencionada o el representante autorizado autorizan la divulgación de esta información, aunque pueda ser confidencial bajo la Ley del Estado de Nueva York o la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés).

- Esta Autorización no renuncia a la confidencialidad de la relación profesional entre el proveedor de atención médica o el trabajador social identificados a continuación y yo.
- Esta Autorización puede ser revocada por mí en cualquier momento, mediante una declaración escrita al proveedor de atención médica o al trabajador social.
- El proveedor de atención médica o el trabajador social que rellene este formulario puede incluir documentos adicionales que respalden la solicitud de adaptación especial razonable o en respuesta a cualquier consulta de seguimiento de NYCHA.
- Esta autorización es por tiempo limitado y con el propósito de permitir que NYCHA considere y responda a mi solicitud de adaptación especial razonable. En cualquier caso, esta autorización expira un año después de la fecha de su firma.



E. Por la presente, lo autorizo a usted, como mi proveedor de atención médica o trabajador social, a suministrarle a NYCHA la información solicitada en las secciones G y H (si solicito un animal de asistencia).

F. Esta autorización no constituye una renuncia a la confidencialidad de nuestra relación profesional.

1. Firma de la persona con discapacidad

2. Fecha

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

(mes/día/año)

3. Firma del padre/madre, tutor o representante autorizado  
(si corresponde)

4. Fecha

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

(mes/día/año)



**G. SECCIÓN B: RESPUESTA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA/TRABAJADOR SOCIAL**

Por favor, pídale al proveedor de atención médica o al trabajador social que rellene esta sección para la persona identificada en la página 1, para la que solicita una adaptación especial.

**1. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL/PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA**

a. Proveedor de atención médica

b. Trabajador social

2. Nombre del trabajador social/proveedor de atención médica

a. Apellido

b. Primer nombre

c. IM

d. Su afiliación a la agencia

e. Dirección de la agencia

f. Teléfono de la oficina  -

g. Número de licencia profesional

**3. INFORMACIÓN DEL PACIENTE/CLIENTE**

a. ¿Cuánto tiempo lleva esta persona siendo su paciente/cliente?

b. ¿Cuándo fue la última vez que evaluó a este paciente/cliente?   
(mes/día/año)

c. ¿Tiene su paciente/cliente un impedimento físico, médico, mental o psicológico o un historial de registro de dicho impedimento que requiera una adaptación especial?  1. Sí  2. No

d. Si es el caso, explique qué actividades principales de la vida pueden verse afectadas.

**4. BREVE DESCRIPCIÓN DE LA AFECCIÓN Y DE LAS ADAPTACIONES ESPECIALES REQUERIDAS:**

Describe, sin revelar la discapacidad, de qué manera la adaptación especial se adaptaría al impedimento, en el espacio que se proporciona más abajo. Si desea suministrar información adicional, por favor, adjúntela a este formulario.



a. ¿Es este impedimento temporal?  1. Sí  2. No  3. No se puede determinar

b. Si la respuesta es “sí”, ¿qué relación tiene la adaptación especial con la discapacidad de la persona? (Tenga en cuenta: para que se considere la otorgación de una adaptación especial, debe establecerse una conexión entre el impedimento y la adaptación especial solicitada, pero no es necesario revelar el diagnóstico completo o el impedimento exacto). Si es necesario, adjunte información adicional a este formulario.

5. Si el impedimento es temporal o si no está seguro de cuánto tiempo estará impedido su cliente/paciente, explique por qué en el espacio suministrado más abajo. Si desea suministrar información adicional, por favor, adjúntela a este formulario.

6. Certifico que la información anterior es exacta, verdadera y completa a mi leal saber y entender.

a. Firma del proveedor de atención médica/trabajador social

b. FECHA

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

(mes/día/año)

c. Proveedor de atención médica: Ponga el sello médico debajo.



## H. SÓLO PARA ANIMALES DE ASISTENCIA

**POR FAVOR, RELLENE ESTA SECCIÓN SI LA ADAPTACIÓN ESPECIAL RAZONABLE QUE SOLICITA ES PARA UN ANIMAL DE ASISTENCIA.**

Hay dos tipos de animales de asistencia: (1) El animal de asistencia es cualquier perro que está entrenado individualmente para hacer un trabajo o realizar tareas en beneficio de una persona con una discapacidad, incluyendo una discapacidad física, sensorial, psiquiátrica, intelectual u otra discapacidad mental. El trabajo o las tareas realizadas por un animal de servicio deben estar directamente relacionados con la discapacidad de la persona; y (2) otros animales (entrenados o no entrenados) que hacen trabajo, realizan tareas, proporcionan asistencia y/o proporcionan apoyo emocional terapéutico a personas con discapacidades, comúnmente denominados "animales de apoyo".

Por favor, rellene las siguientes secciones, firme en el espacio indicado arriba y devuélvaselo a su paciente.

1. Por favor, indique la naturaleza de su relación con el paciente.

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

2. Por favor, comente el impedimento o discapacidad física o mental del paciente para la que se solicita la adaptación especial razonable.

--

3. Por favor, describa de qué manera el trabajo, la asistencia, la tarea realizada o el apoyo emocional terapéutico proporcionado por el animal beneficia al paciente debido a su discapacidad o impedimento mencionados anteriormente.

--



## H. SÓLO PARA ANIMALES DE ASISTENCIA

Si el animal que se solicita como adaptación especial razonable es un animal único (es decir, un animal que tradicionalmente no se mantiene en el hogar como animal doméstico), por favor, responda las siguientes preguntas adicionales:

4. Por favor, identifique la fecha de la última consulta con el paciente.

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

(mes/día/año)

5. Por favor, suministre toda la información que posea sobre el animal específico que solicita el paciente o si el animal fue específicamente recomendado por usted para servir como animal de asistencia para el paciente.

6. Por favor, identifique las circunstancias excepcionales que justifican la necesidad del paciente para el animal en particular.

El Centro de Atención al Cliente y la Oficina de Administración de Propiedades tienen a su disposición una traducción o una versión de mayor tamaño de este formulario. NYCHA proporciona la traducción sólo para su información.

Por favor, rellene la versión en inglés del documento





NYCHA 040.426 (Rev. 01/10/21 v3)