

9. Является ли эта проблема со здоровьем временной?

а. Да, пожалуйста, поясните и укажите расчетную длительность

б. Нет

10. Если запрашиваемая аккомодация вашего пациента/клиента основана на необходимости медицинского оборудования, пожалуйста, перечислите ниже все медицинское оборудование, которым пользуется ваш пациент/клиент в настоящее время:

а. Да

б. Нет

Н. МЕДУЧРЕЖДЕНИЕ: СЕРТИФИКАЦИЯ

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

1. Имя, фамилия

а. Фамилия

б. Имя

с. Инициал среднего имени

д. Подпись поставщика медицинских услуг /социального работника

е. Дата

(мм/дд/гггг)

ф. Номер лицензии

г. Поставщик медицинских услуг: Поставьте медицинскую печать ниже.

2. Отправьте заполненную форму для сканирования по адресу:

New York City Housing Authority

P.O. Box 19205, Long Island City, NY 11101-9998

