



NEW YORK CITY HOUSING AUTHORITY  
ЖИЛИЩНОЕ УПРАВЛЕНИЕ Г. НЬЮ-ЙОРКА

Е. Дело #

Ф. Имя, фамилия клиента:

Г. ФОРМА ОТВЕТА МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ/СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА

Мы будем признательны вам за сотрудничество в предоставлении запрошенной информации о лице, указанном в доверенности к этой форме. Пожалуйста, отправьте заполненную форму непосредственно нам по указанному выше адресу.

1. Ваши имя и фамилия

а. Фамилия

б. Имя

в. Инициал  
среднего имени

2. Должность

3. Ваша организация

4. Адрес организации

5. Телефон офиса:

 - 

6. Как долго это лицо было вашим пациентом/клиентом?

7. Когда этот пациент/клиент был у вас на приеме последний раз?

8. Ваш пациент/клиент сообщил нам, что он(-а) нуждается в аккомодации (**см. лицевую сторону этой формы**) в связи с проблемой(-ами) со здоровьем.

Правда ли это?

а. Да

б. Нет

9. Пожалуйста, поясните, требуется ли вашему пациенту/клиенту аккомодация, какая аккомодация, и каким образом она поможет этой проблеме со здоровьем.



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)

f. Номер лицензии

g. 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

