NEW YORK CITY HOUSING AUTHORITY

紐約市房屋局

房屋申請及租賃事務管理部

A. 个案编号

B. 关于：合理便利措施确认信

C. 致申请人：

您已提出您或您的家庭成员因健康状况需要申请合理便利措施。 我们需要向医护人员或社工确认这些资料。所要求的资料并非用于决定您是否符合资格申请住房单位，而是用于确定您是否符合资格申请所需的合理便利措施。

有健康状况的家庭成员(或其父母或合法监护人)应阅读此表格 并签署下列授权书，然后将表格交给其医护人员或社工。

纽约市房屋局将仅使用您所提供的资料为您提供符合您的需要的住房单位并将根据法律规定对您的个人资料严格保密。 如果您选择拒绝授权这些资料，我们将不再考虑您所提出的合理便利措施申请。

D. 资料发放同意书

1. 致:

a. *社工/医护人员姓名*

2. 关于：（客户/患者姓名）

a. *姓* **b.** *名* **c.** *中间名*

3. 本人谨此授权您向纽约市房屋局提供本表背面所要求的关于以下健康状况的信息 本资料发放授权不应豁免任何专业关系之间的保密责任。

4. 本人希望獲得： *（勾选所有适用项）*

☐ **c.** 无障碍住房单位 ☐ **a.** 额外的卧室 ☐ **b.** 低楼层住房单位

☐ **d.** 其它便利措施：_____

e. 客户/患者或父母/合法监护人签名 **f.** 日期

g. 与申请人关系

NEW YORK CITY HOUSING AUTHORITY

紐約市房屋局

房屋申請及租賃事務管理部

E. 个案编号：

F. 客户姓名：

G. 医护人员/社工的答复表

我们感谢您的合作，为我们提供所要求的关于本授权表所列个人的相关资料。 请将表格直接寄至本表上文所列的地址。

1. 您的姓名

a. *姓* **b.** *名* **c.** *中间名*

2. 职衔

3. 您所属机构

4. 机构地址

5. 办公电话 –

6. 此人已成为您的患者/客户多久？

7. 您最近一次评估这名患者/客户是何时？

8. 您的患者/客户已告诉我们他/她因健康状况需要合理便利措施 （详情请查看本表第一页）。

他/她所述情况属实吗？ **a.** 是 **b.** 否

9. 请说明您的患者/客户是否需要合理便利措施，合理便利措施类型及其如何照顾健康状况。

9. 所患健康状况属于暂时性的吗？

☐ **a.** 是的，请解释并预计健康状况维持的时间长短 ☐ **b.** 否

10. 如果您的患者/客户所申请的合理便利措是根据其使用的医疗设备提出的，请在下方空白处列举您的患者/客户目前使用的所有医疗设备：

☐ **a.** 是 ☐ **b.** 否

H. 医护人员： 声明

本人谨此证明，所提供的上述资料均属真实且准确

1. 姓名

a. *姓* **b.** *名* **c.** *中間名*

d. 醫護人員/社工簽名

e. 日期 *（月/日/年）*

f. 执照编号

g.医护人员： 在下方加盖医疗章戳

2. **请将填妥的表格发送到：**

New York City Housing Authority
P.O. Box 19205, Long Island City, NY 11101-9998