NEW YORK CITY HOUSING AUTHORITY

紐約市房屋局

房屋申請及租賃事務管理部

A. 個案編號

B. **關於：合理便利措施確認信**

C. 致申請人：

您已提出您或您的家庭成員因健康情況需要申請合理便利措施。我們需要向醫護人員或社工確認這些資料。

所要求的資料並非用於決定您是否符合資格申請住房單位，而是用於確定您是否符合資格申請所需的合理便利措施。

有健康狀況的家庭成員(或其父母或合法監護人)應閱讀此表格　並簽署下列授權書，然後將表格交給其醫護人員或社工。

紐約市房屋局將僅使用您所提供的資料為您提供符合您的需要的住房單位並將根據法律規定對您的個人資料嚴格保密。如果您選擇拒絕授權這些資料，我們將不再考慮您所提出的合理便利措施申請。

D. 資料發放同意書

1. 致: _____

a. *社工/醫護人員姓名*

2. 關於：(客戶/患者姓名)

a. *姓*　　**b.** *名*　　**c.** *中間名*

3. 本人謹此授權您向紐約市房屋局提供本表背面所要求的關於以下健康狀況的信息。 本資料發放授權不應豁免任何專業關係之間的保密責任。

4. 本人希望獲得： *(勾選所有適用項)*

☐ **a. 額外的臥室**　☐ **b. 低樓層住房單位**　☐ **c. 無障礙住房單位**

☐ **d. 其它便利措施:** _____

e. 客戶/患者或父母/合法監護人簽名　　**f.** 日期

g. 與申請人關係

NEW YORK CITY HOUSING AUTHORITY

紐約市房屋局

房屋申請及租賃事務管理部

E. 個案編號:

F. 客戶姓名：

G. 醫護人員/社工的答覆表

我們感謝您的合作，為我們提供所要求的關於本授權表所列個人的相關資料。請將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.** *中間名*

2. 職銜

3. 您所屬機構

4. 機構地址

5. 辦公電話 –

6. 您最近一次評估這名患者/客戶是何時？

7. 您最近一次評估這名患者/客戶是何時？

8. 您的患者/客戶已告訴我們他/她因健康情況需要合理便利措施 (**詳情請查看本表第一頁**)。

他/她所述情況屬實嗎？ **a.** 是 **b.** 否

9. 請說明您的患者/客戶是否需要合理便利措施，合理便利措施類型及其如何照顧健康狀況。

9. 所患健康狀況屬於暫時性的嗎？

☐ **a. 是的，請解釋並預計健康狀況維持的時間長短** ☐ **b.** 否

10. 如果您的患者/客戶所申請的合理便利措是根據其使用的醫療設備提出的，請在下方空白處列舉您的患者/客戶目前使用的所有醫療設備：

☐ **a.** 是 ☐ **b.** 否

H. 醫護人員: **聲明**

本人謹此證明，所提供的上述資料均屬真實且準確。

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. 執照編號

g. 醫護人員: 在下方加蓋醫療章戳

2. **請將填妥的表格發送至：**

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