

**DISABILITY STATUS & NOTICE OF
REASONABLE ACCOMMODATION
(SIMPLIFIED CHINESE LANGUAGE KEY)**

殘疾人士狀況和住房合理安排通知

NEW YORK CITY HOUSING AUTHORITY

**纽约市房屋局
房屋租赁事务部**

P.O. Box 19196
Long Island City, NY 11101-9196

殘疾狀況通知与合理便利措施安排申請

重要信息：此表仅于身患符合条件的殘疾人士或其家庭成员提出合理便利措施安排申請。

A. 姓名:

B. 姓名:

C. 地址:

D. 市, 州, 邮编:

E. 家庭电话

F. 移动电话

号码:

G. 电邮地址:

H. 申請合理便利措施安排方法:

合理便利措施安排是纽约市房屋局 (NYCHA) 为照顾符合资格的殘疾人的需要所提供的一种援助形式。殘疾是指任何肢体伤残、长期病患、智障, 或心理障碍。合理便利措施安排申請的审批取决于每个申請个案的相关具体情况。

1) 如要提出合理便利措施安排申請:

2) 您和/或您的家庭成员必须身患符合条件的殘疾。

医护人员必须完成本信所附表格 (NYCHA Form 059.109A), 殘疾狀況与合理便利措施安排通知 - 医疗狀況确认表或提供带医生信签的声明。医护人员必须只提供申請表所需的信息, 并解释該申請与殘疾狀況相关的理由。NYCHA 在考虑您的申請时不会使用医疗记录或其他医疗保健文件。

3) 请将以下两个表格寄至: PO Box 19196, Long Island City, NY 11101-9196: 1) NYCHA 表格 059.109, 殘疾狀況与合理便利措施安排通知; 及 2) NYCHA 表格 059.109A, 殘疾狀況与合理便利措施安排通知, 医疗狀況确认表。您还可亲自前往任何一间客户服务中心递交申請表格。

4) 勾选以下I部份的空格框, 选择您所申請的合理便利措施项目。

I. 申請合理便利措施安排:

本人为患殘疾的自己或其他家庭成员申請以下合理便利措施安排:

1) 根据殘疾狀況需要增加所居房屋补助券规定的房间面积。请选择适用您的项目:

a) 我目前属于参加计划的住户, 或我的资格获得恢复, 且因我的殘疾狀況需要增加现居房屋租金补助券规定的房间面积。本项目仅适用于: 1) 目前正参加计划, 但不想前往其他住房单位的住户; 或 2) 被其它计划终止参加资格, 及要求恢复计划参加资格, 及不想迁往其它住房单位的住户。

或

b) 我是一名申請人, 根据殘疾狀況需要增加计划入住标准补助券规定的房间面积。本选项仅适用于申請参加房屋补助券计划的新补助券持有人。



2) 根据残疾状况需要调迁。请选择适用您的项目：

- a) **我目前是参加计划的住户，根据残疾状况所需，提出房屋调迁的申请，迁往位于纽约市五大行政区内的住房单位。**

本选项仅适用于目前参加计划的，希望迁往位于纽约市五大行政区内的住房单位的住户。

或

- b) **我目前是参加计划的住户，根据残疾状况所需，提出房屋调迁的申请，迁往位于纽约市五大行政区内的住房单位。** 本选项仅适用于目前参加计划的，希望通过持券调迁的方式迁往位于纽约市五大行政区以外的住房单位的住户。

提出恢复参加资格申请的原计划参加者请注意： 如果您希望通过调迁券恢复您的第8章房屋租金补助，请使用NYCHA表格 059.646，申请恢复第8章房屋租金补助计划资格。您可致电客户服务中心寻求协助。

您需要提出增加房屋补助券规定房间面积的申请，

以迁往另一个住房单位，无论是五大行政区内或以外吗？ 是 否

3) 根据残疾状况所需，延长本人目前所持补助券的期限。

4) 向失明或视障的用户主提供适用的文字格式帮助其阅读第8章计划相关文件（例如，大号字体）

5) 向失聪或聋哑的户主提供手语服务或持资格证的手语翻译服务。

J. 其它（请详细说明您的请求）

例如：同意增加目前缴交超过其经调整后家庭收入百分之40的房屋租金的家庭的补助标准。

J. 疑问？

如果您需要协助办理合理便利措施安排申请，请于星期一至星期五，上午5时至下午4时之间联系客户服务中心，电话：（718）707-7771。您还可联系NYCHA平等机会部的残疾人服务科的工作人员，电话：

（212） 306-4652，文本电话（TDD）（212）306-4845。

