

NEW YORK CITY HOUSING AUTHORITY

Форма медицинского подтверждения

А. Дело #:

- В.** Чтобы Жилищное управление г. Нью-Йорка (New York City Housing Authority, NYCHA) могло оценить ваш запрос на приемлемую модификацию (reasonable accommodation) из-за умственных, эмоциональных нарушений или нарушений развития, NYCHA требуется информация о вашей инвалидности (нарушениях) от лицензированного поставщика медицинских услуг или социального работника. Этот поставщик медицинских услуг или социальный работник должен быть знаком с историей вашей инвалидности. Заполните разделы С-F этой формы. Поставщик медицинских услуг или социальный работник должен заполнить разделы G и H (если требуется животное-помощник). Эта форма должна быть заполнена и подписана лицом с ограниченными возможностями или уполномоченным представителем.

Если запрос о приемлемой модификации предназначен для инвалида младше 18 лет или для того, кто не в состоянии подписать его, то родитель, опекун или уполномоченный представитель должны заполнить и подписать эту форму от имени инвалида.

С. РАЗДЕЛ А: РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

1. Имя и фамилия лица, для которого запрашивается модификация:

а. Фамилия

б. Имя

с. Инициал
среднего имени

2. Последние четыре цифры номера
социального страхования

3. Дата рождения

(мм/дд/гггг)

Д. РАЗРЕШЕНИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Я, вышеупомянутое лицо (или мой уполномоченный представитель), разрешаю указанному ниже поставщику медицинских услуг или социальному работнику предоставить NYCHA следующую информацию о моей инвалидности, насколько это касается моего запроса о предоставлении приемлемой модификации.

- Информация о моей потребности в указанной выше приемлемой модификации или рекомендации относительно альтернативной приемлемой модификации.

Поставщик медицинских услуг или социальный работник имеют право предоставить NYCHA информацию в офис и по указанному ниже адресу. Вышеупомянутое лицо или его уполномоченный представитель дают свое разрешение на раскрытие этой информации, даже если она может являться конфиденциальной в соответствии с законами штата Нью-Йорк или Правилom конфиденциальности Закона о преимуществах и подотчетности медицинского страхования от 1996 года (HIPPA).

- Данное разрешение не является отказом от конфиденциальности профессиональных отношений между мной и поставщиком медицинских услуг или социальным работником.
- Данное разрешение может быть отозвано мною в любое время путем подачи письменного заявления поставщику медицинских услуг или социальному работнику.
- Поставщик медицинских услуг или социальный работник, заполняющие эту форму, могут приложить дополнительные документы в поддержку запроса о приемлемой модификации или в ответ на любые последующие запросы NYCHA.
- Данное разрешение ограничено по времени, и его целью является позволить NYCHA рассмотреть мой запрос о предоставлении приемлемой модификации и ответить на него. При любых обстоятельствах срок действия данного разрешения истекает через один год с даты его подписания.



Е. Настоящим я разрешаю вам, как поставщику медицинских услуг или социальному работнику, предоставить NYCHA информацию, запрошенную в разделах G и H (при запросе касательно животного-помощника).

Ф. Эта выдача информации не является отказом от конфиденциальности наших профессиональных отношений

1. Подпись лица с инвалидностью

2. Дата

(мм/дд/гггг)

3. Подпись родителя, опекуна или уполномоченного представителя
(если имеется)

4. Дата

(мм/дд/гггг)



Г. РАЗДЕЛ В: ОТВЕТ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ/ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА

Попросите поставщика медицинских услуг или социального работника заполнить этот раздел касательно лица, указанного на стр. 1, для которого вы запрашиваете модификацию.

1. ИНФОРМАЦИЯ О СОЦИАЛЬНОМ РАБОТНИКЕ/ПОСТАВЩИКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

☐ а. Поставщик медицинских услуг

☐ б. Социальный работник

2. Имя и фамилия социального работника/поставщика медицинских услуг

а. Фамилия

б. Имя

с. Инициал среднего имени

д. К какому агентству вы принадлежите

е. Адрес агентства

ф. Телефон офиса

г. Профессиональная лицензия №

3. ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ/ КЛИЕНТЕ:

а. Как долго это лицо является вашим пациентом/клиентом?

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

(мм/дд/гггг)

с. Имеется ли у вашего пациента/клиента физическое, медицинское, психическое или психологическое нарушение или история таких нарушений, требующих модификации?

☐ 1. Да

☐ 2. Нет

д. Если применимо: объясните, какие основные области жизнедеятельности могут быть затронуты.

4. КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ СОСТОЯНИЯ И ТРЕБУЕМОЙ МОДИФИКАЦИИ:

Опишите в предоставленном ниже месте, не раскрывая инвалидность, каким образом модификация будет соответствовать патологии. Если вы хотите предоставить дополнительную информацию, пожалуйста, приложите ее к этой форме.



а. Является ли эта патология временной?

☐

1. Да

☐

2. Нет

☐

3. Невозможно сделать заключение

б. Если «да», то как модификация связана с патологией этого лица? (Примечание: для рассмотрения возможности модификации необходимо установить связь между патологией и запрашиваемой модификацией. Вы не обязаны раскрывать полный диагноз или точную патологию). При необходимости приложите дополнительную информацию к этой форме.

5. Если патология носит временный характер, или вы не уверены в том, как долго будет страдать этим нарушением ваш клиент/пациент, объясните причину в отведенном ниже месте. Если вы хотите предоставить дополнительную информацию, приложите ее к этой форме.

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

а. Подпись представителя медучреждения/ Социального работника

б. Дата

(мм/дд/гггг)

с. Поставщик медицинских услуг: Поставьте медицинскую печать ниже.



ЗАПОЛНИТЕ ЭТОТ РАЗДЕЛ, ЕСЛИ ЗАПРАШИВАЕМАЯ ПРИЕМЛЕМАЯ МОДИФИКАЦИЯ КАСАЕТСЯ ЖИВОТНОГО-ПОМОЩНИКА.

Заполните следующие разделы, подпишите в выше указанном для подписи месте и верните своему пациенту.

- [illegible]



H. FOR ASSISTANCE ANIMALS ONLY

Если животное, запрашиваемое в качестве приемлемой модификации, является уникальным животным (*т.е. животным, которое традиционно не содержится в семье как домашнее животное*), ответьте на следующие дополнительные вопросы:

4. Укажите дату последней консультации с пациентом

--	--	--	--	--	--	--	--

(мм/дд/гггг)

5. Предоставьте любую имеющуюся у вас информацию о конкретном животном, которое запрашивает пациент, или о том, было ли животное специально рекомендовано вами в качестве животного-помощника для пациента.

--

6. Укажите уникальные обстоятельства, оправдывающие потребность пациента в конкретном животном.

--

