

NEW YORK CITY HOUSING AUTHORITY

醫療狀況確認表

A. 個案編號：

B. 紐約市房屋局 (New York City Housing Authority, 簡稱「房屋局」或「NYCHA」) 為了評估您因心理、發育或情感障礙而提出的合理便利措施申請, NYCHA需要持執照的醫護人員或社會工作者提供關於您的殘疾狀況的信息。此醫護人員或社會工作者應熟悉您的所有殘疾病歷。請完成此表的C-F部份。醫護人員或社會工作者必須完成此表的G和H部份(如要求服務類動物)。表格必須由患殘疾的個人或其授權代理人填寫和簽署。

如果申請合理便利措施的殘疾個人未滿18週歲或無法簽署姓名, 其父母, 監護人或授權的代理人則必須代表該殘疾人填寫並簽署此表。

C. A 部份: 個人醫療資料發放授權書

1. 需要合理便利措施的家庭成員的姓名

a. 姓

b. 名

c. 中間名

2. 社會安全 (工卡) 號碼的最後四位數字

3. 出生日期

(月/日/年)

D. 授權發放個人信息

本人, 上述姓名的個人或本人的授權代理人, 授權以下指定醫護人員或社會工作者向NYCHA提供下列與我的合理便利措施申請相關的殘疾狀況的信息。

- 關於殘疾人士對上述合理便利措施的需要, 或其它替代合理便利措施的建議的資料。

關於殘疾人士對上述合理便利措施的需要, 或其它替代合理便利措施的建議的資料。醫療服務機構/醫護人員可向下列紐約市房屋局的辦公室和地址發放資料。上述姓名的個人或授權代理人, 授權發放此信息, 儘管所發放的資料可能根據紐約州法律或1996年《醫療保險流通和責任法》(HIPAA) 的私隱規則受到保密。

- 本授權不豁免本人和醫護人員之間的任何專業關係的保密責任。
- 本人可隨時以書面形式通知醫護人員/社會工作者取消此項授權。
- 填寫此表的醫護人員或社會工作者可附上其它證明文件, 支持合理便利措施的申請或回應任何NYCHA 的後續查詢
- 此項授權具有時間和用途的限制, 僅供房屋局用於考慮和回應本人提出的住房合理安排申請。無論如何, 本授權將自授權簽署日期起一年後失效。



- E. 本人僅此授權您，本人的醫護人員或社會工作者，向NYCHA提供本表G 部份和H部份(如需要服務類動物) 所要求的信息。
- F. 本資料發放授權不應豁免任何專業關係之間的保密責任。

1. 殘疾人士簽名

2. 日期

(月/日/年)

3. 父母，監護人或授權代理人簽名
(如適用)

4. 日期

(月/日/年)



G. B 部份: 醫護人員/社工的答覆

請醫護人員/社工為列於本表格第一頁的需要安排合理便利措施的殘疾人士填寫此部份表格。

1. 社工/醫護人員資料

☐

a. 社工/醫護人員

☐

b. 社工

2. 社工/醫護人員姓名

a. 姓

b. 名

c. 中間名

d. 您所屬的機構

e. 機構地址

f. 辦公電話

g. 醫護執照編號

3. 患者/客戶資料:

a. 這名人士成為您的患者/客戶多久?

b. 您最近一次評估這名患者/客戶是何時?

(月/日/年)

c. 您的患者/客戶因肢體傷殘, 慢性病, 智障, 或心理障礙等情況或曾患此類病況而需要申請合理便利措施嗎?

1. 是

☐

2. 否

d. 如適用: 請說明哪些主要的日常活動受到影響或限制。

4. 簡要說明殘疾狀況和所需的合理便利措施類型:

請在下方空白處說明所申請的合理便利措施如何幫助殘疾人士解決日常生活出現的困難, 但無需透露殘疾狀況。如果您想提供其它資料或證明文件, 請隨表附上。



a. 身患的殘疾屬於暫時性的嗎？ ☐ 1. 是 ☐ 2. 否 ☐ 3. 無法確定

b. 如果“是”，所申請的合理便利措施與殘疾人士的狀況有什麼聯繫？(備註：為了幫助您所申請的合理便利措施獲得考慮，請說明所申請的合理便利措施與殘疾人士的狀況之間的聯繫。如必要，請隨表附上其它證明文件。

5. 如果殘疾狀況屬於暫時性的，或您不確定您的患者/客戶的殘疾狀況將持續多久，請在下方空白處說明原因。如果您想提供其它資料或證明文件，請隨表附上。

6. 本人證明所提供的上述資料均據我所知，且真實無誤。

a. 醫護人員/社工簽名

b. 日期
(月/日/年)

c. 醫護人員:在下方加蓋醫療章戳



H. 僅適用於輔助類動物的申請

如果所提出的合理便利措施申請針對輔助類動物，請完成此部份。

輔助類動物分為兩種：(1) 輔助類動物是指任何經過單獨訓練的狗犬，能幫助殘疾人士，包括肢體，感官，心理，智力或其它精神障礙的殘疾人完成日常工作或執行任務。輔助類動物所從事的工作或任務必須與個人的殘疾狀況有直接連繫；而且(2) 其它為殘疾人士工作，執行任務，提供幫助和/或治療性情感支持的(經訓練或未經訓練的)動物，通常被稱為“情感支持動物”。

請完成下列部份，在上述指定的空白處簽名並交給您的患者。

1. 請說明您與患者之間的本質關係。
2. 請說明患者的肢體或心理障礙或殘疾狀況所需的合理便利措施申請。

3. 請描述該動物所提供的工作，協助，任務，或治療性情感支持如何讓患有上述殘疾或障礙的患者受益。



H. 僅適用於輔助類動物的申請

如果所提出的合理便利措施申請的動物是獨特的動物 (例如, 傳統上不作為家畜飼養的動物), 請完成下列附加問題:

4. 請注明最近一次與診治患者的日期。

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

(月/日/年)

5. 請提供您所掌握的關於患者所要求的特定的動物, 或者您是否特別推薦該動物作為患者的輔助類動物的任何信息。

--

6. 請指出證明患者對特定動物的需求的獨特情況。

--

