

紐約市房屋局
房屋申請及租賃事務管理部

房屋申請及租賃事務管理部

F. 客戶姓名：

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。

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施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

