

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACOMODO RAZONABLE (RAR)

Si usted tiene una discapacidad y necesita tomar parte de los servicios y programas de Operaciones de Recuperación de Vivienda ("HRO" por las siglas en inglés de "Housing Recovery Operations"), o si requiere algún acomodo con respecto a la reparación o reconstrucción de su hogar, es posible que usted pueda solicitar dichos acomodos de la HRO. Algunos ejemplos de acomodo razonable son la programación de citas para evitar el tránsito de hora pico, asistencia para leer formularios y notificaciones, y efectuar gestiones por teléfono, fax, o correo, en caso de ser apropiado. Por otra parte, en caso que usted sea elegible para la reconstrucción o reparación de su hogar por medio del programa Build it Back de HRO, usted, o un residente en su edificio, puede requerir normas de acomodo en la construcción para personas con impedimentos de movilidad. HRO le provee acomodos razonables a personas con discapacitaciones para asegurar que dichos individuos puedan tener acceso significativo a los servicios, beneficios, y programas de HRO, y para asegurar que el trabajo de reparación y reconstrucción efectuado por HRO satisface las necesidades específicas de los individuos que residen en el hogar.

INSTRUCCIONES E INFORMACIÓN
<ul style="list-style-type: none">➤ Para ayudarle a HRO a hacer una determinación sobre su solicitud de acomodo razonable, favor completar y presentar las páginas 2, 3 y 4 de este formulario a: Mayor's Office of Housing Recovery Operations Church St Station P.O. Box 468 New York, NY 10008-0468➤ Usted también puede enviar los formularios por fax al (212) 312-0857 o enviarlos por email a legal@recovery.nyc.gov
<ul style="list-style-type: none">➤ Usted debe presentar cualquier documentación médica apoyando su solicitud con este formulario o dentro de veinte (20) días de esta solicitud.
<ul style="list-style-type: none">➤ Por favor pídale a su proveedor médico que complete y firme la Solicitud de Formulario de Información Médica (adjunto) o la documentación médica apropiada firmada en papel membretado del proveedor médico, y que le devuelva el formulario/documentación a usted.
<ul style="list-style-type: none">➤ Usted es responsable por devolver su documentación médica a HRO en apoyo de esta solicitud.
<ul style="list-style-type: none">➤ Si sus condiciones médicas o de salud mental le hacen difícil completar este formulario, usted puede contactar a la HRO al (212) 615-8017 para asistencia.
<ul style="list-style-type: none">➤ Si sus condiciones médicas o de salud mental le hacen difícil recolectar la documentación médica para apoyar su solicitud este formulario, usted puede contactar a la HRO al (212) 615-8017 o enviar un email a la HRO a legal@recovery.nyc.gov. Favor complete el formulario de Autorización para Divulgación de Información Individual de Salud de HIPAA (Formulario NYS OCA No. 960) y envíelo a: Mayor's Office of Housing Recovery Operations Church St Station P.O. Box 468 New York, NY 10008-0468
<ul style="list-style-type: none">➤ HRO le enviará una carta acusando recibo de su Solicitud de Acomodo Razonable.
<ul style="list-style-type: none">➤ HRO evaluará toda la documentación aportada por usted y su proveedor médico, y le enviará una notificación escrita con respecto a nuestra determinación de su Solicitud de Acomodo Razonable.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACOMODO RAZONABLE (RAR)

Nombre (Favor usar letra de molde): _____ **Solicitud No.** _____

Número Telefónico: _____

Dirección Postal: _____

- 1) ¿Recibe Servicios de Cuidado en el Hogar o tiene un Asistente en el Hogar? Sí No

Si respondió "sí" a la pregunta 1, favor indique el número de horas que recibe al día, el número de días por semana por los cuales recibe los servicios y la(s) razón(es) por la(s) cual(es) recibe servicios de cuidado en el hogar.

- 2) Describa su condición médica o de salud mental, el acomodo razonable que está solicitando, y porqué el acomodo es necesario. (Adjunte hojas adicionales en caso de ser necesario, así como cualquier información médica que desee proveer en apoyo del acomodo solicitado).

- 3) ¿Si su solicitud es para acomodo razonable durante las fases de ingreso y evaluación de los programas de HRO, usted también está solicitando el uso de normas de construcción accesibles (para personas con impedimentos de movilización) durante la fase de construcción, si usted es elegible para recibir y elige recibir servicios de reparación o reconstrucción de los programas?

Sí No

- 4) Si usted respondió "sí" a la pregunta 3, por favor describa el acomodo relacionado con la construcción que usted requeriría.

Firma: **Usted debe firmar la versión oficial en Inglés de este documento a ser incluido con su solicitud.** _____

Nombre en Letra de Molde: _____

Firma de Representante Autorizado: _____ **Fecha:** _____

Nombre en Letra de Molde: _____

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INFORMACION MÉDICA

INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR MÉDICO

Su paciente ha solicitado que la Oficina de Operaciones de Recuperación de Vivienda del Alcaide de Nueva York (“HRO” por la siglas en inglés de “Housing Recovery Operations”) le aporte acomodo/modificación razonable para que pueda obtener acceso significativo a los programas, beneficios, y servicios de HRO. Favor proveer una descripción detallada de la condición (o condiciones) física y mental que afectan la habilidad del paciente de desempeñar determinadas tareas y participar en determinadas actividades, cualquier acomodo/modificación razonable que se necesite, y la relación entre el acomodo/modificación y la discapacitación del paciente. Usted puede adjuntar información médica adicional a los formularios según sea necesario.

Favor devolver este formulario completado al paciente.

Nombre del Paciente (Favor escribir en letra de molde): _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Nombre del Proveedor Médico: _____

Dirección del Proveedor Médico: _____

No. Telefónico del Proveedor Médico: _____

- 1) Favor declarar la condición (o condiciones) médica(s) y/o de salud mental del paciente:

- 2) Favor aportar una descripción detallada de las restricciones/limitaciones físicas y/o mentales específicas que afectan la habilidad del paciente de desempeñar determinadas tareas y participar en determinadas actividades. Favor describir como la discapacitación afecta el funcionamiento diario del paciente.

