

Solicitud de adaptación por violencia doméstica o de la pareja íntima* de NYC 15/15

Este formulario debe ser completado por los participantes del programa **NYC 15/15** que piden una adaptación porque un miembro del grupo familiar es víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso.

Para ser elegible para recibir una adaptación, usted debe:

- 1.) ser un participante actual del programa **NYC 15/15** y miembro de la composición del grupo familiar (*ni un asistente conviviente, huésped o miembro que no reciba asistencia*), y
- 2.) ser víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso, según se define en el recuadro de abajo.

Si no está seguro de si es elegible para recibir una adaptación, pídale ayuda a un miembro del personal de la División de Recursos para Inquilinos (Division of Tenant Resources, DTR). Las adaptaciones se extienden a todas las víctimas, independientemente de la identidad de género. Entregue este formulario y cualquier documentación adicional a la DTR por correo electrónico a **pbv@hpd.nyc.gov**, por fax al **212-863-8828** o personalmente en **Client Services** (Servicios al Cliente) (100 Gold Street, Sala 1-O, Nueva York, NY 10038).

Persona que solicita la adaptación: _____ Nombre del jefe del grupo familiar: _____

Nombre del perpetrador: _____ Relación del perpetrador con la víctima: _____

Domicilio de asistencia: _____

¿Qué tipo de adaptación pide? Marque todas las opciones que correspondan:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Quitar a alguien del grupo familiar | <input type="checkbox"/> Mudanza dentro de la urbanización o del proyecto |
| <input type="checkbox"/> Volver a calcular mi parte del alquiler del inquilino | <input type="checkbox"/> Mudanza a otro proyecto de vivienda de apoyo de NYC 15/15 |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Si pide una mudanza, indique los nombres de todos los miembros del grupo familiar que piden mudarse con usted:

***Incluye cualquier acto que pertenezca a una o más de las siguientes categorías:**

Violencia doméstica: incluye delitos graves o menores de violencia cometidos por un cónyuge o pareja íntima actual o anterior de la víctima (incluidas una persona con la que la víctima tenga un hijo en común y una persona que esté conviviendo o haya convivido con la víctima como cónyuge o pareja íntima).

Violencia de pareja: violencia cometida por una persona: 1) que tenga o haya tenido una relación social de naturaleza romántica o íntima con la víctima; y 2) cuando la existencia de dicha relación sea determinada por la consideración de los siguientes factores: i) la duración de la relación; ii) el tipo de relación; y iii) la frecuencia de la interacción entre las personas involucradas en la relación.

Agresión sexual: cualquier acto sexual no consensuado proscrito por la legislación federal, estatal o tribal, incluso cuando la víctima esté incapacitada para dar su consentimiento.

Acoso: conducta dirigida a una persona específica que haría que una persona razonable: 1) sintiera miedo por su seguridad individual o por la de los demás; o 2) sufriera una angustia emocional considerable.



¿Hay niños en el grupo familiar? Sí No

Si su respuesta es "Sí", ¿con quiénes viven y dónde?

¿Vive usted actualmente en el domicilio de asistencia? Sí No

Si su respuesta es "No", ¿cuál es su domicilio?

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Hay otra persona con quien podamos comunicarnos en su nombre en caso de no poder comunicarnos con usted?

Nombre: _____ Número de contacto preferido: _____

Relación: _____ Correo electrónico: _____

Marque abajo si hay alguna otra documentación que quiera darnos.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Orden de protección (tribunal penal o de familia) | <input type="checkbox"/> Denuncia policial por incidente doméstico/penal |
| <input type="checkbox"/> Carta del paciente hospitalizado que documente la agresión | <input type="checkbox"/> Carta de defensa del proveedor de servicios sociales, de la Administración de Servicios Infantiles (Administration of Child Service, ACS), de un profesional médico, del fiscal de distrito de Nueva York o de un fiscal federal |
| <input type="checkbox"/> Documentación de custodia de los menores en el grupo familiar | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

Describa abajo la necesidad de su solicitud y cualquier otra información que quiera darnos (adjunte más páginas si es necesario):

Certifico que, hasta donde yo sé, la información incluida arriba y la documentación de respaldo son verdaderas. Entiendo que incluir información y declaraciones falsas puede dar lugar al rechazo de mi solicitud y puede poner en riesgo mi subsidio de vivienda.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

FOR HPD USE ONLY

Date reviewed: _____

Request approved? Yes No

Director/Coordinator Signature: _____ Date: _____