AUTORIDAD DE LA VIVIENDA DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK
DEPARTMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE SOLICITUDES Y ARRENDAMIENTO

A. Número de Caso:

B. **Re: LETTER CARTA DE VERIFICACIÓN DE ADAPTACIONES ESPECIALES RAZONABLES**

C. Estimado solicitante:

Usted ha indicado que, usted, o un miembro de su hogar requiere una adaptación especial debido a un problema de salud. Necesitamos verificar esta información con un proveedor de atención médica o un trabajador social Necesitamos verificar esta información con un proveedor de atención médica o un trabajador social.

Esta información no se utiliza para determinar si usted cumple los requisitos para un apartamento. Sólo se utiliza para determinar si tiene derecho a la adaptación especial solicitada.

El miembro de la familia con el problema de salud (o su padre o tutor legal) debe revisar este formulario y firmar la autorización que aparece a continuación, y luego entregar el formulario a su proveedor de atención médica o trabajador social.

La Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Nueva York utilizará esta información **sólo** con el propósito de ofrecerle un apartamento que se adapte a sus necesidades y la mantendrá confidencial de acuerdo con la ley. Si decide no autorizar la divulgación de esta información, ya no tendremos en cuenta su solicitud de adaptación especial razonable.

D. AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

1. A: _____

a. *Nombre del trabajador social o proveedor de atención médica*

2. RE: (Nombre del cliente/paciente)

a. *Last Name* **b.** *First Name* **c.** *MI*

3. Por la presente le autorizo a proporcionarle a la Autoridad de la Vivienda de la Ciudad de Nueva York la información solicitada en el reverso de este formulario sobre el siguiente problema de salud. Esta autorización no constituye una renuncia a la confidencialidad de nuestra relación.

4. Deseo recibir: *(seleccione todas las que correspondan)*

☐ **a. Dormitorio Adicional** ☐ **b. Piso inferior** ☐ **c. Apartmento Accessible**

☐ **d. Otra adaptacion especial:** _____

e. *Firma del Cliente/Paciente o Padre/Tutor legal* **f.** *Fecha*

g. *Relación con el Applicante*

E. Número de Caso:

F. Nombre del cliente:

G. FORMULARIO DE RESPUESTA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA/TRABAJADOR SOCIAL

Le agradecemos su cooperación para proporcionar la información solicitada sobre la persona nombrada en la autorización de este formulario. Por favor, envíenos el formulario rellenado directamente a la dirección indicada más arriba.

1. Su Nombre

a. *Apellido* **b.** *Primer Nombre* **c.** *IM*

2. Título

3. Su organización

4. Dirección de la organización

5. Teléfono de la oficina –

6. ¿Cuánto tiempo lleva esta persona siendo su paciente/cliente?

7. ¿Cuándo fue la última vez que evaluó a este paciente/cliente?

8. YSu paciente/cliente nos ha dicho que necesita una adaptación especial **(véase el anverso de este formulario)** debido a su(s) problema(s) de salud.

¿Es esto cierto? **a.** Sí **b.** No

9. Por favor, explique si su paciente/cliente necesita una adaptación especial, la adaptación especial requerida y cómo se adapta al problema de salud.

9. ¿Es este problema de salud temporal?

☐ **a.** Sí, por favor, explique y estime la duración ☐ **b.** No

10. Si la adaptación especial solicitada por su paciente/cliente se basa en la necesidad de equipo médico, por favor, enumere a continuación todo el equipo médico que utiliza actualmente su paciente/cliente :

☐ **a.** Sí ☐ **b.** No

H. PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA: CERTIFICACIÓN

Certifico que la información anterior es exacta y verdadera a mi leal saber y entender.

1. Nombre

a. *Apellidos* **b.** *Primer Nombre* **c.** *IM*

d. Firma del proveedor de atención médica/trabajador social

e. Date *(mes/día/año)*

f. Número de licencia

g. Proveedor de atención médica: coloque el sello médico debajo.

2. **Por favor, envíe su formulario rellenado para examinarlo a:**
New York City Housing Authority
P.O. Box 19205, Long Island City, NY 11101-9998