



Boston Housing Authority
 52 Chauncy Street
 Boston, Massachusetts 02111-02375

617-988-4000
 TDD 1-800-545-1833 Ext. 420

LEASED HOUSING/SECTION 8
FORMULARIO DE PETICION DE ACOMODACION RAZONABLE

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA: _____ **TELEFONO:** _____

DIRECCION: _____

1. El siguiente miembro de mi hogar tienen una discapacidad:

Nombre del miembro de familia: _____

Relación con usted: _____

2. Como resultado de esta discapacidad, yo estoy pidiendo la siguiente acomodación razonable: (Por favor marque una o más opciones a continuación)

() Un cambio en la siguiente regla, política o procedimiento. (Note que un cambio en cómo cumplir las obligaciones puede ser pedido pero las obligaciones del programa tienen que ser cumplidas.) Por favor especifique:

() Otro

3. ¿Por qué es necesaria esta petición de acomodación razonable?

4. Yo autorizo a Boston Housing Authority para que verifique que yo tengo una discapacidad o invalidez y tengo la necesidad para la acomodación razonable que he pedido. Para poder verificar esta información BHA puede contactar al siguiente médico, psiquiatra, psicólogo con licencia, enfermero(a) con licencia, profesional de rehabilitación, o una agencia cualificada la cual provee servicios a personas discapacitadas o algún otro experto en el área de trabajo.

5. **Nombre y título del profesional o experto:** _____

Agencia, facilidad o institución (si aplica): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Yo entiendo que la información obtenida por BHA será mantenida completamente confidencial y usada solamente para hacer una determinación acerca de mi petición de acomodación razonable. Por favor devuelva este formulario lo más pronto posible para que BHA pueda hacer una determinación acerca de esta petición.

Firma: _____
Jefe de Familia o representante autorizado

Fecha: _____

Firma: _____
Miembro de la familia de 18 años de edad o más



**EQUAL HOUSING
 OPPORTUNITY**