



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

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

FORMULARIO DE PETICION DE ACOMODACION RAZONABLE DE LA DIVISION DE VIVIENDAS ALQUILADAS (LEASED HOUSING DIVISION)

NOMBRE: _____ TELEFONO: _____
 DIRECCION: _____

1. El siguiente miembro de la familia tiene una discapacidad como definida a continuación: (Un impedimento físico o mental que substancialmente limita una o más actividades de la vida diaria; o un record de tal impedimento o considerado como teniendo tal impedimento)
 Nombre: _____
 Relación con usted: _____

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

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

Otro (por ejemplo, un cambio a la manera en que BHA se comunica con usted) Por favor especifique:

3. Esta petición para acomodación razonable es necesaria para yo poder: (por favor especifique)

4. Yo autorizo a Boston Housing Authority a verificar que yo tenga una discapacidad o desventaja y que tenga 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 de _____.
 (Aviso: Usted puede proveer verificación a BHA directamente)

Nombre y Título de Profesional o experto(a): _____

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: _____ Fecha: _____
 [Jefe de Familia o representante autorizado]

*Si está firmando por un menor, por favor indique si usted es el pariente o guardián. Si la persona con la discapacidad o desventaja es mayor de 18 años de edad y no es jefe de familia, él o ella debe firmar la autorización para verificación.

RA Form #2

