

Boston Housing Authority

_____ Dpt.
52 Chauncy Street
Boston, Massachusetts 02111-02375

617-988-_____
TDD 1-800-545-1833 Ext. 420
www.bostonhousing.org

(ESTE FORMULARIO ESTA DISPONIBLE CON LETRAS MAS GRANDES O EN FORMATO ALTERNATIVO SI ES PEDIDO)

PETICION DE ACOMODACION RAZONABLE

AVISO: Este formulario debe de ser completado y firmado por el/la jefe de familia en nombre del miembro de la familia que necesita la acomodación. Por favor complete un formulario de "Petición de acomodación Razonable" individual para cada Miembro de la Familia que necesite una(s) acomodación(es).

Si el Miembro de la Familia que necesita la acomodación tiene 18 años de edad o más, él o ella Y el/la jefe de familia debe firmar este formulario.

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Jefe(a) de Familia: _____ # de Cliente _____

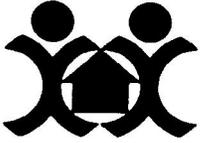
Miembro de la familia quien necesita una(s) acomodación(es): _____

Dirección: _____ # de Unidad: _____

Número de Teléfono por el día: (____) _____ Número de Celular: (____) _____

Por favor esté seguro(a) de completar todas las cuatro páginas de este formulario

Página 1 de 4



Boston Housing Authority

_____ Dpt.
52 Chauncy Street
Boston, Massachusetts 02111-02375

617-988-_____
TDD 1-800-545-1833 Ext. 420
www.bostonhousing.org

Miembro de la Familia que Necesita una(s) Acomodación(es): _____

de Cliente: _____

Por favor llene la información a continuación con respecto al individuo que necesita la(s) acomodación(es). Es importante que usted provea tantos detalles como le sea posible para que la BHA pueda evaluar mejor esta petición.

El siguiente Miembro de la Familia tiene una discapacidad porque: ***El o ella tiene un impedimento físico o mental que limita substancialmente una o más de sus actividades diarias o tiene un historial de tener tal impedimento.***

Nombre del Miembro de la Familia: _____

Relación con el/la Jefe(a) de Familia (Ej. hijo, hija, padre): _____

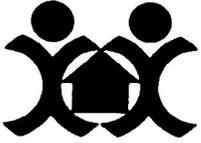
1. Como resultado de esta discapacidad, Yo estoy pidiendo la(s) siguiente(s) acomodación(es) de la Boston Housing Authority ("BHA") para el miembro de la familia discapacitado alistado arriba (Por favor marque una o más de las cajas que siguen):

a) Características especiales en la unidad, b) modificaciones físicas a las áreas comunes, o c) si soy un(a) residente, un traslado a otra unidad cumple con mis necesidades. Por favor provea detalles. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Un cambio en la siguiente regla, política o procedimiento. (Note que un cambio en cómo cumplir los requerimientos del contrato de arrendamiento puede ser pedido, sin embargo, los requisitos del contrato de arrendamiento aún deben ser cumplidos.) Por favor especifique el cambio necesario. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Por favor esté seguro(a) de completar todas las cuatro páginas de este formulario

Página 2 de 4



Boston Housing Authority

_____ Dpt.
52 Chauncy Street
Boston, Massachusetts 02111-02375

617-988-_____
TDD 1-800-545-1833 Ext. 420
www.bostonhousing.org

Miembro de la Familia que Necesita una(s) Acomodación(es): _____

de Cliente: _____

Otro (por ejemplo, un cambio en la manera en que la BHA se comunique con usted). Por favor especifique el cambio necesario. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

2. El miembro discapacitado de la familia necesita una(s) acomodación(es) razonable(s) porque (usted puede adjuntar páginas adicionales si es necesario):

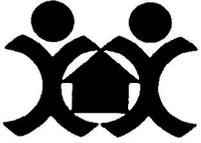
3. Para llegar a mi(s) cita(s), yo mayormente cuento con (por favor marque uno):

- Mi carro*
 El autobús
 El "T"
 The RIDE (Servicio de transporte)
 Caminando
 Una amistad o un familiar conduce
 Otro (por favor especifique): _____

4. Si usted tiene alguna información adicional que usted desee proveer, usted puede usar el siguiente espacio o adjunte páginas adicionales si es necesario.

Por favor esté seguro(a) de completar todas las cuatro páginas de este formulario

Página 3 de 4



Boston Housing Authority

_____ Dpt.
52 Chauncy Street
Boston, Massachusetts 02111-02375

617-988-_____
TDD 1-800-545-1833 Ext. 420
www.bostonhousing.org

Miembro de la Familia que Necesita una(s) Acomodación(es): _____

de Cliente: _____

(Continuación de la pagina 3)

AUTORIZACION

Yo/Nosotros autorizo(amos) a la BHA a que verifique que el miembro de la familia referenciado anteriormente, tiene una discapacidad y necesita la(s) acomodación(es) razonable(s) pedidas. Para verificar la información, la BHA puede contactar al médico, psiquiatra, psicólogo con licencia, enfermero(a) con licencia, trabajador(a) social con licencia, profesional de rehabilitación, o una agencia de servicios no médicos con la función de proveer servicios a personas discapacitadas. (Aviso: Esta autorización es pedida porque verificación por terceras partes puede ser necesitada. Tenga en cuenta que puede someter cualquier documentación de soporte directamente a la BHA en vez de tener a la BHA contactando al proveedor, en orden de facilitar la evaluación de su petición).

Nombre del Proveedor: _____ Área de Especialidad: _____

Agencia/Clínica/Facilidad: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

Yo/Nosotros entendemos que la información obtenida por la BHA será mantenida completamente confidencial y usada solamente para la evaluación de esta petición para acomodación(es) razonable(s).

X _____
Firma del(a) jefe de familia o Guardián Autorizado ** Fecha

****Si el Miembro de la Familia que necesita la acomodación es menor de 18 años de edad, ¿es usted el pariente o guardián del miembro de la familia que necesita la acomodación?:** Sí No

X _____
Firma del Miembro de la Familia que necesita la(s) acomodación(es) (solo si tiene 18 años de edad o más) Fecha

X _____
Firma del testigo Relación a el/la Jefe de Familia Fecha

Por favor devuelva este formulario tan pronto le sea posible para que la BHA pueda hacer una determinación para esta petición.

Por favor esté seguro(a) de completar todas las cuatro páginas de este formulario