



SAN FRANCISCO HOUSING AUTHORITY
Section 8 Department

1815 Egbert Street ♦ San Francisco CA 94124 ♦ (415) 715-3280 ♦ (415) 467-6754 TTY

Справедливое решение и/или поправка
Заявление
клиента

Если вы или член вашей семьи имеете инвалидность и чувствуете, что есть необходимость справедливого решения, чтобы упомянутое лицо имело равные права на использование вашей квартиры и доступ в неё, заполните, пожалуйста, эту форму и пошлите её в Отделение программы субсидий на жильё «8-ая программа» SFHA.

Отметьте все соответствующие пункты и полностью поясните их. Если вам требуется больше места, используйте обратную сторону этой формы.

Дата: _____

ФИО клиента: _____

Адрес: _____

Телефон #: _____

1. Лицо (лица), имеющее инвалидность, требующее справедливой поправки:
- Я сам
 - Член семьи

ФИО лица, имеющего и инвалидность: _____

2. Я прошу принятия следующих решений, чтобы я или член (члены) моей семьи мог жить здесь без проблем, как и другие, пользоваться жильём и принимать такое же участие в жилищных вопросах:

3. Мне необходимо справедливое решение по следующим причинам:

Подпись клиента: _____

(Просим вас хранить копии ВСЕХ документов, которые вы посылаете в SFHA).
reasonable accomodation packet (2)



SAN FRANCISCO HOUSING AUTHORITY Section 8 Department

1815 Egbert Street ♦ San Francisco CA 94124 ♦ (415) 715-3280 ♦ (415) 467-6754 TTY

Справедливое решение и/или поправка

Подтверждение поставителя

услуг

ФИО и адрес поставителя услуг по уходу:

_____ Дата: _____

_____ Пациент: _____

Уважаемый поставитель услуг по уходу!

Лицо, указанное выше, является инвалидом. Оно попросило принятия решения/поправки данным агентством с целью удовлетворения определённых потребностей, обусловленных инвалидностью. SFHA даёт согласие на запросы о справедливом решении/поправке основанном, отчасти, на подтверждении потребности квалифицированным профессионалом, у которого есть непосредственный опыт, касающийся инвалидности индивидуума. Вам дано разрешение предоставить нам информацию, необходимую для принятия решения/поправки.

С целью обеспечения конфиденциальности клиента, мы требуем послать эту форму в SFHA почтовой службой США по адресу, указанному ниже. Формы, доставленные лично, приниматься не будут.

Разрешение на предоставление информации: Я разрешаю вышеуказанному поставителю услуг по уходу передать в SFHA соответствующую информацию, касающуюся необходимости справедливого решения/поправки. Мне известно, что информация, получаемая Агентством по распределению жилья, будет сохраняться конфиденциальной и использоваться исключительно для определения того, будет ли принято решение/поправка.

ФИО: _____ Подпись: _____
(печатными буквами)

Дата: _____



Послать в SFHA (Данная форма **должна быть ОТПРАВЛЕНА ПОЧТОЙ** вашему поставителю услуг)



Section 504 of the Rehabilitation Act и Fair Housing Amendments Act определяют «инвалидность» как: нарушение физической или психической деятельности, которое значительно ограничивает один или несколько основных видов жизнедеятельности личности; запись о наличии такого нарушения; или наличие общего мнения о том, что лицо имеет такое нарушение.

1. Этот индивидуум имеет инвалидность, как это определено выше?
Да ___ Нет ___

2. Если Да, то требуется ли этому индивидууму, вследствие этой инвалидности, принятие решения/поправки относительно каких-либо правил, принципов, методик или услуг SFHA, для того, чтобы иметь равные права пользоваться его/её жильём и принимать участие в жилищных вопросах?
Да _____ Нет _____

reasonable accomodation packet (2)

Russian
Translated by:
International Effectiveness Center (IEC)

3. Если ДА, то опишите, пожалуйста, необходимые решения/поправки:

4. Вы порекомендовали бы этот вид решения/поправки индивидуумам с такими же нарушениями?

Да _____ Нет _____

5. Если НЕТ, то поясните, пожалуйста:

6. При необходимости, вы могли бы свидетельствовать под присягой в отношении информации, указанной в этой форме?

Да _____ Нет _____

ВНИМАНИЕ!: Любое лицо, которое подписывает настоящее заявление и добровольно утверждает, что оно верно, при условии, что оно знает, что какой-либо факт является ложью, подлежит карательным мерам, указанным для лжесвидетельства в Section 118 of the California Penal Code и в Section 11054 of the Welfare and Institutions Code.

ФИО и адрес лица, заполнившего форму:

ФИО печатными буквами:

_____ Должность: _____

Адрес: _____

Телефон: _____

Подпись: _____

Дата: _____

(Просим вас хранить копии ВСЕХ документов, которые вы посылаете в SFHA)

Просим вас послать форму (почтовой службой США) по адресу: San Francisco

Housing Authority

Section 8 Housing Department

1815 Egbert Avenue

San Francisco CA 94124

Attn (Кому): _____

Данный документ профессионально переведён компанией International Effectiveness Center ("IEC")

г. Сан-Франциско. 12/27/2010

reasonable accomodation packet (2)

Russian

Translated by:

International Effectiveness Center (IEC)