



AUTORIDAD DE VIVIENDAS DE SAN FRANCISCO
Departamento de Sección 8
 1815 Egbert Street ☐ San Francisco CA 94124 (415) 715-3280 ☐ (415) 467-6754 TTY

Adaptación y/o modificación razonable
 Declaración del Cliente

Si usted, o un miembro de su grupo familiar, tiene alguna discapacidad y siente que existe la necesidad de una adaptación razonable para que dicha persona tenga igualdad de uso y acceso a su unidad, por favor llene este formulario y envíelo al Departamento de Sección 8 de SFHA. Marque todos los puntos que apliquen y dé una explicación completa. Utilice el reverso de este formulario si es necesario.

Fecha: _____

Nombre del cliente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

- La persona que tiene una discapacidad que requiere una adaptación razonable:
 - Soy yo mismo(a)
 - Es un miembro de mi grupo familiar

Nombre de la persona con discapacidad: _____

- Solicito las siguientes adaptaciones para que yo o el/los miembro(s) de mi grupo familiar pueda(n) vivir aquí tan fácilmente como los demás y disfrutar y participar de forma igual en la vivienda:

- Necesito esta adaptación razonable porque:

Firma del cliente: _____

(Por favor conserve copias de TODOS los documentos que envíe a SFHA)

AUTORIDAD DE VIVIENDAS DE SAN FRANCISCO
Departamento de Sección 8
 1815 Egbert Street ☐ San Francisco CA 94124 (415) 715-3280 ☐ (415) 467-6754 TTY

Adaptación y/o modificación razonable
 Verificación de proveedor de cuidado

Nombre y dirección del proveedor de cuidado: _____ Fecha: _____
 _____ Paciente: _____

Estimado proveedor de cuidado:
 La persona arriba mencionada se ha identificado como discapacitada y ha solicitado una adaptación/modificación por parte de esta agencia para satisfacer ciertas necesidades dictadas por la discapacidad. La SFHA otorga solicitudes de adaptaciones/modificaciones razonables basado en parte en la verificación de la necesidad por un profesional calificado que tenga experiencia directa con la discapacidad de la persona. Se le ha autorizado a usted a darnos información referente a la necesidad de una adaptación/modificación.

Para mantener la confidencialidad del cliente requerimos que se regrese este formulario a la SFHA por correo postal de EE.UU. a la dirección mencionada a continuación. No se aceptarán formularios entregados a mano.

Autorización para divulgar información: Yo autorizo al proveedor de cuidado citado con anterioridad a divulgar información pertinente a la SFHA concerniente a la necesidad de una adaptación/modificación razonable. Entiendo que la información que obtenga la Autoridad de Viviendas se mantendrá confidencial y se usará únicamente para determinar si se debe proveer una adaptación/modificación.

Nombre: _____ Firma: _____
(letra de molde)
 Fecha: _____

 Ver a SFHA (Este formulario **debe enviarse POR CORREO** a su proveedor de cuidado) 

La sección 504 de la Ley de Rehabilitación así como la Ley de Enmiendas a la Vivienda Justa definen una discapacidad como un impedimento físico o mental que limita de forma importante una o más de las actividades principales de la vida de una persona, antecedentes de tener semejante impedimento, o ser considerado como que tiene semejante impedimento.

1. ¿Esta persona tiene una discapacidad según se define arriba? **SÍ** _____ **No** _____

2. Si contestó SÍ, necesita esta persona, debido a la discapacidad, una adaptación/modificación de alguna regla, política, práctica o servicio de SFHA para tener igualdad de oportunidad para utilizar y disfrutar su casa? **Sí _____ No _____**

3. Si contestó SÍ, por favor describa las adaptaciones/modificaciones necesitadas:

4. ¿Recomienda usted este tipo de adaptación/modificación para personas con impedimentos similares?

Sí _____ No _____

5. Si contestó NO, por favor explique.

6. Si fuera necesario, ¿estaría dispuesto usted a dar testimonio bajo protesta de decir la verdad de que la información proporcionada en este formulario es cierta?

Sí _____ No _____

ADVERTENCIA: Cualquier persona que firme esta declaración y afirme voluntariamente que es verdadero algún asunto que sabe que es falso está sujeto a las sanciones establecidas por Perjurio en la sección 118 del Código Penal de California y la sección 11054 del Código de Bienestar e Instituciones.

Nombre y domicilio de la persona que llena este formulario:

Nombre con letra de molde:

Puesto:

Dirección:

Teléfono:

Firma:

Fecha:

(Por favor conserve copias de TODOS los documentos que envíe a

reasonable accomodation packet (2)

Spanish

Translated by:

International Effectiveness Center (IEC)

SFHA)

Por favor devuelva el formulario (por correo postal de EE.UU) a: San Francisco
Housing Authority
Section 8 Housing Department
1815 Egbert Avenue
San Francisco CA 94124
At'n: _____

Este documento fue traducido profesionalmente por International Effectiveness Center ("IEC") de San Francisco.

December 27, 2010

reasonable accomodation packet (2)

Spanish
Translated by:
International Effectiveness Center (IEC)