



Жилищное управление города и округа Сан-Франциско Запрос на разумное приспособление

Уведомление о праве на разумное приспособление

(Данная информация является конфиденциальной и не будет разглашаться или передаваться кому-либо, за исключением случаев, предусмотренных законом.)

Если у вас имеется инвалидность и вам необходимо:

- Изменение порядка, правил или действий, которое упростит получение жилищной помощи, проживание или использование помещений или участие в местных программах;
- Ремонт или модификация квартиры или квартира особого типа с целью проживания или использования помещений или участия в местных программах;
- Ремонт или модификация другой части жилого объекта, которое упростит проживание и использование помещений или участие в местных программах; или
- Изменение способа общения или получения информации, например, соответствующие вспомогательные средства, телекоммуникационные устройства для глухих (*англ.* TDD), квалифицированные переводчики языка жестов для лиц с нарушениями речи или слуха или альтернативный формат для лиц с нарушениями зрения.

Вы имеете право запросить такое изменение, которое называется разумным приспособлением.

Если вы можете подтвердить, что у вас имеется инвалидность, и если ваш запрос обоснован, не слишком дорог и не слишком сложен для выполнения, мы постараемся внести требуемые изменения.

Мы примем решение как можно скорее и не позднее тридцати (30) дней с момента получения запроса, если только вы не согласитесь на продление срока. Вам сообщат, если потребуется дополнительная информация или формы подтверждения необходимости разумного приспособления или если мы захотим обсудить другие способы удовлетворения ваших потребностей. Если мы отклоним запрос, то объясним причины, и вы сможете предоставить дополнительную информацию, если сочтете нужным.

Если вам требуется помощь в заполнении формы запроса на разумное приспособление или вы хотите передать запрос другим способом, мы окажем вам помощь. На другой стороне этого уведомления приведена **Форма запроса на разумное приспособление**. Вы можете потребовать форму запроса на разумное приспособление в любое время.

Вместе с формой запроса также отправьте стороннее подтверждение вашей инвалидности, например прилагаемую **Форму подтверждения инвалидности поставщиком медицинских услуг**, письмо или контактную информацию врача, другого медицинского специалиста, агентства немедицинских услуг или другой надежной третьей стороны, способной подтвердить вашу инвалидность.



Жилищное управление города и округа Сан-Франциско
Запрос на разумное приспособление

Форма запроса на разумное размещение

Дата запроса

Имя жильца или заявителя

Телефон

Адрес

1. Следующий член домохозяйства: _____, имеет инвалидность согласно определению ниже:

Физическое или умственное нарушение, ограничивающее одну или несколько основных жизненных функций человека (например, уход за собой, выполнение ручной работы, ходьба, зрение, слух, речь, дыхание, обучение и работа); и имеет данные о наличии или восприятии как имеющего физическое или умственное нарушение. Его инвалидность не включает в себя текущее незаконное употребление или пристрастие к контролируемым веществам

2. Требуется разумное приспособление:
(Пример: помощник с проживанием, дополнительная спальня / повышение субсидии).

3. Мне необходимо данное разумное приспособление, потому что:

4. Укажите имя вашего врача, поставщика медицинских услуг или другого квалифицированного лица, которое может подтвердить наличие инвалидности:

Имя

Должность

Адрес

Телефон

Факс

Подписавшись ниже, настоящим я уполномочиваю жилищное управление и его сотрудников связываться с указанным выше лицом или агентством для получения любой информации или материалов, которые будут сочтены необходимыми для принятия решения относительно моего запроса на разумное приспособление. Настоящим я уполномочиваю указанное выше лицо или агентство в полной мере сотрудничать и разглашать всю запрошенную информацию.

Подписано

Дата



Жилищное управление города и округа Сан-Франциско
Запрос на разумное приспособление

Разумное приспособление

Форма подтверждения инвалидности поставщиком медицинских услуг

Наряду с формой запроса, пожалуйста, также отправьте стороннее подтверждение вашей инвалидности, например, эту форму: **Форма подтверждения инвалидности поставщиком медицинских услуг**, письмо от врача или контактную информацию врача, другого медицинского специалиста, агентства немедицинских услуг или другой благонадежной третьей стороны, которая осведомлена о вашей инвалидности.

Дата

Имя пациента

Клиент №

Имя поставщика медицинских услуг

Адрес

Уважаемый поставщик медицинских услуг!

Здесь прилагается форма, подписанная _____ с просьбой подтвердить потребность данного лица в разумном приспособлении в рамках одной из программ жилищного управления города и округа Сан-Франциско.

Законы штата и федеральные законы требуют, чтобы поставщики жилья вносили разумные приспособления или изменения в квартиры, другие части жилого комплекса или изменяли порядок, правила и процедуры, если такие изменения необходимы для того, чтобы лицо с ограниченными возможностями имело равный доступ к квартире, другим помещениям и жилищным программам. Обратите внимание, что такие изменения должны быть необходимы, а не просто желательны для равного доступа такого лица к жилью и программам и пользованию ими.

Соответствующий заявитель или арендатор запросили приспособление, описываемое в прилагаемой форме. Пожалуйста, укажите, ответив на вопросы ниже, считаете ли вы, что приспособление необходимо и будет ли достигнута заявленная цель. Вы также можете добавить другую информацию, которая поможет подобрать подходящее заявителю приспособление. Эта форма не должна использоваться для обсуждения диагноза лица или любой другой информации, не имеющей прямого отношения к запросу на приспособление.

Обратите внимание, что заявитель/арендатор подписал форму с просьбой ответить на вопросы. При наличии вопросов вы можете позвонить в службу поддержки клиентов по телефону 415-715-5200.



Жилищное управление города и округа Сан-Франциско

Запрос на разумное приспособление

В целях сохранения конфиденциальности информации о клиентах требуется, чтобы эта форма была возвращена в жилищное управление по почте или факсу по указанному ниже номеру или адресам. Сохраните копии всех документов, подаваемых в управление.

Раздел 504 Закона о реабилитации инвалидов и Поправки к Закону о справедливых жилищных условиях определяет «инвалидность» как физическое или психическое нарушение, которое существенно ограничивает одну или несколько основных жизненных функций человека, наличие такого нарушения или признание наличия такого нарушения.

1. Имеет ли этот человек инвалидность согласно определению выше? Да Нет
2. Если ДА, нужно ли этому человеку из-за инвалидности запрашиваемое приспособление / изменение? Да Нет
3. Если ДА, опишите необходимые приспособления/модификации:

Контактная информация лица, заполнившего форму

Наименование	Должность
--------------	-----------

Адрес

Телефонный номер

Подпись	Дата
---------	------

Внимание! Любое лицо, которое подписывает данное заявление и добровольно сообщает об истинности любого заведомо ложного утверждения, подлежит наказанию за лжесвидетельство согласно разделу 118 Уголовного кодекса Калифорнии и раздела 11054 Кодекса социального обеспечения и органов управления США.