



Autoridad de Viviendas de la Ciudad y Condado de San Francisco
Solicitud de Adaptación Razonable

Aviso del derecho a adaptaciones razonables

(Información confidencial. Esta información no se compartirá ni se divulgará, salvo en los casos permitidos por la ley.)

Si usted tiene una discapacidad y necesita:

- Un cambio en las normas o políticas o en la forma de hacer las cosas que le facilitaría recibir ayuda para la renta, y vivir o usar nuestras instalaciones, o participar en los programas en las instalaciones;
- Una reparación o cambio en su apartamento o tipo especial de apartamento que le facilitaría vivir aquí y usar las instalaciones o participar en nuestros programas en las instalaciones;
- Una reparación o cambio en alguna otra parte de las instalaciones de vivienda que le facilitaría vivir aquí y usar las instalaciones o participar en nuestros programas en las instalaciones; o
- Un cambio en la forma en que nos comunicamos con usted o le damos información, por ejemplo, ayudas auxiliares apropiadas, dispositivos de telecomunicación para sordos-TDD, intérpretes cualificados de lenguaje de señas para personas con problemas de habla o audición, o un formato alternativo para los impedimentos de visión.

Usted puede solicitar este cambio, que se denomina adaptación razonable.

Si usted puede demostrar que tiene una discapacidad y si su solicitud es razonable, no es demasiado costosa y no es demasiado difícil de organizar, intentaremos hacer los cambios que solicita.

Tomaremos una decisión lo antes posible, por lo menos en un plazo de treinta (30) días, a menos que usted acepte una prórroga. Le avisaremos si necesitamos más información o formularios de verificación por su parte o si queremos hablar de otras formas de satisfacer sus necesidades. Si rechazamos su solicitud, le explicaremos los motivos, y usted podrá darnos información adicional si piensa que le ayudará.

Si necesita ayuda para llenar el formulario de Solicitud de Adaptaciones Razonables, o si quiere hacernos llegar su solicitud de alguna otra manera, le ayudaremos. Hay un **Formulario de Solicitud de Adaptación Razonable** al reverso de este aviso. Usted puede solicitar un Formulario de Solicitud de Adaptación Razonable en cualquier momento que desee solicitar una adaptación razonable.

Junto con el formulario de solicitud, por favor presente también una verificación de su discapacidad por parte de un tercero, como el **Formulario de Verificación del Proveedor de Atención** adjunto, una carta o la información de contacto de un médico, otro profesional médico, una agencia de servicios no médicos, u otro tercero confiable que esté en condiciones de conocer su discapacidad.



Formulario de Solicitud de Adaptaciones Razonables

Fecha de solicitud

Nombre del residente o solicitante

Teléfono

Dirección

1. El siguiente miembro del grupo familiar, _____, tiene una discapacidad tal y como se define a continuación:

Un impedimento físico o mental que limita una o más de las principales actividades vitales de la persona (por ejemplo, cuidar de sí mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar); y tiene un historial de tener, o de ser percibido como si tuviera un impedimento físico o mental. No incluye el uso ilegal actual de drogas, ni la adicción a drogas

2. Se solicita una adaptación razonable:

(Ejemplo: Ayudante residente, dormitorio adicional/incremento en el subsidio).

3. Necesito esta adaptación razonable porque:

4. Mencione el nombre de su médico, proveedor de atención a la salud u otra persona cualificada que pueda verificar la solicitud:

Nombre

Puesto

Dirección

Tel.

Fax

Al firmar a continuación, autorizo a la Autoridad y a su personal a comunicarse con la persona o agencia mencionada anteriormente para obtener cualquier información o material que se considere necesario para tomar una determinación con respecto a mi solicitud de adaptación razonable. Por medio de la presente autorizo a la persona o agencia mencionada anteriormente a cooperar plenamente y a divulgar toda la información solicitada.

Firmado

Fecha



Autoridad de Viviendas de la Ciudad y Condado de San Francisco
Solicitud de Adaptación Razonable

Adaptación razonable

Formulario de Verificación del Proveedor de Cuidados

Junto con el formulario de solicitud, por favor presente también una verificación de su discapacidad por parte de un tercero, como el **Formulario de Verificación del Proveedor de Atención**, una carta o la información de contacto de un médico, otro profesional médico, una agencia de servicios no médicos, u otro tercero confiable que esté en condiciones de conocer su discapacidad.

Fecha

Nombre del paciente

No. de cliente

Nombre del Proveedor de cuidados

Dirección

Estimado Proveedor de Cuidados,

Se adjunta un formulario firmado por _____
pidiéndole que confirme su necesidad de una adaptación razonable en uno de los programas de la
Autoridad de Viviendas de la Ciudad y el Condado de San Francisco (Autoridad).

Las leyes estatales y federales exigen que los proveedores de vivienda realicen adaptaciones o cambios razonables en los apartamentos o en otras partes del complejo de viviendas, o que cambien las reglas, políticas y procedimientos si dichos cambios son necesarios para permitir que una persona con una discapacidad tenga igualdad de acceso y disfrute del apartamento y de otras instalaciones o programas. Por favor tenga en cuenta que dichos cambios deben ser necesarios (no sólo deseables) para que la persona tenga igualdad de acceso y disfrute de la vivienda y los programas.

El solicitante o inquilino en cuestión ha solicitado la adaptación que se describe en el formulario adjunto. Por favor indique si cree que la adaptación es necesaria y cumplirá su objetivo respondiendo a las preguntas que figuran a continuación. También puede usted agregar otra información que sea útil para realizar la adaptación adecuada para la persona. Este formulario no debe utilizarse para discutir el diagnóstico de la persona ni ninguna otra información que no sea directamente pertinente para la solicitud de una adaptación.

Por favor tenga en cuenta que el solicitante/inquilino ha firmado el formulario en el que se le pide que responda a las preguntas. Usted puede llamar a atención al cliente al 415-715-5200 si tiene alguna pregunta.



Autoridad de Viviendas de la Ciudad y Condado de San Francisco

Solicitud de Adaptación Razonable

Para poder mantener la confidencialidad del cliente, requerimos que este formulario sea devuelto a la Autoridad por correo o fax al número o direcciones que se indican a continuación. Por favor, guarde copias de todos los documentos que envíe a la Autoridad.

La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación y la Ley de Enmiendas Justas a la Vivienda definen una "discapacidad" como un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades vitales de una persona, un historial de tener tal impedimento, o de ser percibido como si tuviera tal impedimento.

1. ¿Tiene esta persona una discapacidad, según la definición anterior? Sí No
2. Si contestó Sí, ¿necesita esta persona, debido a su discapacidad, la adaptación/modificación solicitada? Sí No
3. Si contestó Sí, por favor describa las adaptaciones/modificaciones necesarias:

Información de contacto de la persona que llena el formulario

Nombre	Puesto
--------	--------

Dirección

Número de teléfono

Firma	Fecha
-------	-------

Por favor observe: La persona que firme esta declaración y que voluntariamente declare como verdadero cualquier asunto que sepa que es falso está sujeta a las penas prescritas para el perjurio en la Sección 118 del Código Penal de California y la Sección 11054 del Código de Bienestar e Instituciones.