



Housing Authority of the City and County of San Francisco Reasonable Accommodation Request

合理輔助權通知

(保密信息。除非法律允許，否則不會披露或發布此信息。)

如果您有殘疾並且需要：

- 變更規則、政策或我們工作方式，使您更容易獲得租房援助，居住或使用我們的設施，或參加現場計劃；
- 維修或改變您的公寓或提供特殊類型的公寓，使您更容易住在這裡、使用設施或參加我們的現場計劃；
- 維修或改變住宅區的其他部分，使您更容易住在這裡、使用設施或參加我們的現場計劃；或者
- 改變我們與您溝通或向您提供信息的方式，例如適當的輔助設備、聾人電信設備-TDD、語言或聽力障礙者的合格手語翻譯員，或視力障礙者的替代格式。

您可以要求提供這些便利改變，稱為合理輔助。

如果您能證明您有殘疾，並且您的要求合理、不太昂貴而且不太難安排，我們將盡力按照您的要求進行更改。

我們將至少在三十 (30) 天內盡快做出決定，除非您同意延長時間。如果我們需要您提供更多信息或確認表格，或者我們希望討論滿足您需求的其他方式，我們將會通知您。如果我們拒絕您的請求，我們將會解釋原因，您也可以向我們提供您認為有幫助的更多信息。

如果您在填寫合理輔助申請表時需要幫助，或者您希望以其他方式向我們提出申請，我們將幫助您。本通知的另一面有**合理輔助申請表(Reasonable Accommodation Request Form)**。您可以隨時索取合理輔助申請表，要求提供合理輔助。

在提交申請表的同時，還請提交關於您殘疾的第三方證明，如隨附的**護理提供者確認表 (Care Provider Verification Form)**，醫生、其他醫療專業人員、非醫療服務機構或其他能夠了解您殘疾的可靠第三方的信函或聯繫信息。



合理輔助申請表

申請日期

住戶或申請人姓名

電話

地址

1. 下面的家庭成員， _____， 有以下定義的殘疾：

限制該人一項或多項主要生活活動的身體或心理障礙 (例如， 照顧自己、 體力勞動、 行走、 視力、 聽力、 說話、 呼吸、 學習和工作)； 並且記錄有或被認為有身體或心理障礙。 它不包括目前對受控物質的非法使用或上癮。

2. 合理輔助要求：
(比如： 住家護理人員、 額外臥室/增加補貼)。

3. 我需要此合理輔助， 因為：

4. 寫出可以確認此要求的醫生、 醫療服務提供者或其他合格人員的姓名：

姓名

職位

地址

電話

傳真

通過在下面簽名， 我特此授權管理局及其工作人員聯繫上述個人或機構， 獲取任何必要的信息或材料， 以確定我的合理輔助要求。 我特此授權上述個人或機構全力配合並披露所要求的所有信息。

簽名

日期



Housing Authority of the City and County of San Francisco
Reasonable Accommodation Request

合理輔助
護理提供者確認表

在提供申請表的同時，還請提交一份關於您殘疾的第三方證明，例如本**護理提供者確認表(Care Provider Verification Form)**，醫生、其他醫療專業人員、非醫療服務機構或其他能夠了解您殘疾的可靠第三方的信函或聯繫信息。

日期

病人姓名 客戶#

護理提供者姓名

地址

親愛的護理提供者，

隨函附上一份由_____簽名的表格，要求您確認他們對三藩市與縣住房管理局(管理局)計劃之一的合理輔助的請求。

州和聯邦法律要求住房提供者對公寓、住宅區的其他部分提供合理的便利輔助或改變，或者在必要時更改規則、政策和程序，以使殘疾人能夠獲得平等的機會使用和享受公寓和其他設施或項目。請注意，此類改變必須是使該人平等獲得和享受住房和計劃所必要的，而不僅僅是合乎心意的。

提出請求的申請人或租戶已要求提供隨附表格中所述的便利輔助。請通過回答下面的問題表明您是否認為這種輔助是必要的，並將實現其所聲明的目的。您還可以添加有助於為此人提供合理輔助的其他信息。此表格不應用於討論此人的診斷或與輔助請求不直接相關的任何其他信息。

請注意，申請人/租戶已簽署要求您回答問題的表格。如果您有任何問題，請致電 415-715-5200 聯繫客戶服務。



Housing Authority of the City and County of San Francisco

Reasonable Accommodation Request

為了維護客戶的保密性，我們要求通過郵寄或傳真將本表格返回給管理局，地址或號碼如下所列。請保留您提交給管理局的所有文件的副本。

《康復法》(Rehabilitation Act)和《公平住房修正法》(Fair Housing Amendments Act)第 504 節將“殘疾”定義為一種身體或心理上的障礙，它嚴重限制了一個人的一項或多項主要生活活動、有此類障礙的記錄，或被視為有此類障礙。

1. 此人是否有上述定義的殘疾？ 是 否
2. 如果“是”，此人是否因為此殘疾而需要所申請的輔助/修改？ 是 否
3. 如果“是”，請描述所需的輔助/修改:

填寫表格者的聯繫信息

姓名	職位
----	----

地址

電話號碼

簽名	日期
----	----

請注意:在本聲明上簽字的任何人，自願聲明情況是真實的，如果他們知道任何情況是虛假的，則將受到《加州刑法》第 118 節和《福利與機構法》第 11054 節規定的偽證處罰。