

HUNTINGTON *Housing Authority*

FORMULARIO PARA SOLICITAR ACOMODACIÓN RAZONABLE SI NO ES FÁCILMENTE APARENTE O SE CONOCE DE OTRO MODO QUE LA PERSONA TIENE UNA DISCAPACIDAD Y NECESITA UNA ACOMODACIÓN RAZONABLE

Si usted, un miembro de su hogar o alguien relacionado con usted tiene una discapacidad y siente que existe la necesidad de una adaptación razonable para tener igualdad de oportunidades para usar y disfrutar una unidad de vivienda o las áreas públicas o de uso común, haga una solicitud de adaptación razonable al Coordinador de la Sección 504/ADA (Coordinador 504) enviando una carta al Coordinador 504 o devolviendo el formulario a continuación.

Si elige completar este formulario, marque todos los elementos que correspondan y responda todas las preguntas. El Coordinador 504 responderá a esta solicitud por escrito dentro de los 10 días (o antes si la situación requiere una respuesta inmediata). Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Coordinador 504 para obtener ayuda o para hacer una solicitud verbal de una adaptación razonable.

Nombre _____

Fecha _____

La persona que tiene una discapacidad que requiere una adaptación razonable es:

Yo _____

Una persona asociada o que vive conmigo _____

Nombre de la persona con discapacidad _____

Teléfono # _____

Dirección _____

Dirección de correo electrónico _____

Solicito el siguiente cambio a una regla, política, práctica o servicio para que una persona con una discapacidad pueda tener la misma oportunidad de usar y disfrutar las instalaciones:

Esta adaptación razonable es necesaria porque:

Si la solicitud es para tener un animal de asistencia:

(1) Designe la especie, por ejemplo, "perro", "gato", "pájaro" _____

(2) Si la solicitud es para mantener un animal que realiza tareas para una persona con discapacidad:

¿Se requiere el animal debido a una discapacidad? Sí No _____

Indique al menos una tarea que realiza el animal.

-O-

Si la solicitud es para mantener un animal que no realiza tareas para una persona con discapacidad, proporcione información que verifique que la persona tiene una discapacidad y que el animal alivia uno o más síntomas o efectos de la discapacidad de la persona . Muchas veces, la información que verifica una discapacidad puede ser presentada por la propia persona, como una declaración de la persona o prueba de que una persona menor de 65 años recibe beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario o Seguro de Discapacidad del Seguro Social. Un proveedor de atención médica o de servicios sociales u otra persona con conocimiento de la discapacidad y el hecho de que el animal alivia uno o más síntomas o efectos de la discapacidad también puede proporcionar información de verificación. La información de verificación se puede proporcionar en una carta u otro formato. Se encuentra disponible un formulario opcional que puede proporcionar a un proveedor de atención médica o de servicios sociales y el Coordinador de adaptaciones razonables se lo proporcionará si lo solicita.

Firma del Solicitante

Fecha

Para ser completado por el Coordinador de la Sección 504/ADA o su designado:

Formulario aceptado por _____

Fecha

Firma

**FORMULARIO PARA SER COMPLETADO POR EL COORDINADOR DE LA
SECCIÓN 504/ADA
BAJO PEDIDO RECIBO**

El _____ [fecha], _____ [nombre] solicitó verbalmente la siguiente adaptación razonable:

I, Coordinador de la Sección 504/ADA de [insertar el nombre del complejo]:

_____ Ofreció al solicitante el formulario opcional y se ofreció a ayudar a llenarlo

_____ Concedió la solicitud

_____ Entregó al solicitante una copia de este formulario y le explicó que requerimos la siguiente información adicional para responder a la solicitud:

Coordinador de la Sección 504/ADA

Fecha

Dirección del Solicitante _____

Número de teléfono del solicitante _____

Dirección de correo electrónico del solicitante _____

HUNTINGTON *Housing Authority*

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE ASISTENCIA ANIMAL

El _____ [fecha], yo, _____ [nombre del solicitante], solicité una adaptación razonable para tener un animal de asistencia en mi hogar. Complete este formulario para proporcionar información adicional al proveedor de vivienda para ayudarlo a determinar si otorga o deniega la adaptación solicitada.

_____ tiene una discapacidad ¹: Sí _____ No _____

¿El animal brinda algún tipo de asistencia al individuo, o la presencia del animal alivia uno o más síntomas o efectos de la discapacidad de la persona?

Sí No _____

Especifique cómo el animal ayuda a la persona o alivia los síntomas de la discapacidad.

Nombre

Fecha

Título de la firma

¹ Para este propósito, una persona con una discapacidad se define como una persona con un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, una persona que se considera que tiene tal impedimento o una persona con un historial de tal impedimento. discapacidad. Los impedimentos físicos o mentales incluyen, entre otros, enfermedades y afecciones tales como impedimentos ortopédicos, visuales, del habla y auditivos, parálisis cerebral, autismo, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes, VIH, enfermedades mentales, enfermedad emocional, adicción a las drogas (que no sea la adicción causada por el uso actual e ilegal de una sustancia controlada) y alcoholismo. El término "limita sustancialmente" sugiere que la limitación es significativa o en gran medida. El término "actividad principal de la vida" significa aquellas actividades que son de importancia central para la vida diaria, incluidas, entre otras, ver, oír, caminar, respirar, realizar tareas manuales, cuidar de uno mismo, aprender y hablar.

**APROBACIÓN O DENEGACIÓN DE UNA SOLICITUD DE ADAPTACIÓN
RAZONABLE**

Querido: _____:

Dirección: _____

Teléfono: _____

El _____ [fecha], usted solicitó la siguiente adaptación razonable
[describa la solicitud]:

Tenemos (marque todo lo que corresponda):

Aprobó su solicitud. Se permitirán las siguientes adaptaciones razonables:

El cambio es efectivo inmediatamente.

La adaptación razonable no es efectiva de inmediato porque [enumere las razones por las que la adaptación no se puede implementar de inmediato]

Anticipamos que el cambio se realizará antes de _____ [fecha], y le notificaremos si descubrimos que habrá una demora.

No puede ni aprobar ni denegar su solicitud sin la siguiente información adicional:

___ **Negó** su solicitud. Hemos denegado su solicitud porque [Debe marcar al menos uno]:

___ No ha proporcionado la verificación de su discapacidad según lo solicitado.

___ No ha proporcionado verificación de que la adaptación solicitada está relacionada con su discapacidad.

___ Conceder la solicitud impondría una carga financiera y administrativa indebida o alteraría fundamentalmente la naturaleza de nuestras operaciones.

___ Conceder la solicitud resultaría en una amenaza directa a la salud o la seguridad.

A continuación se incluye una explicación de los motivos marcados. También proporcionamos los hechos en los que nos basamos para denegar su solicitud:

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede presentar una queja ante:

Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU.
Oficina de Vivienda Justa e Igualdad de Oportunidades
One Newark Center, ^{piso} 13
Newark, Nueva Jersey 07102
Teléfono: 609-292-4605
TTY: 609-292-1785
Sitio web: <http://hud.gov/complaints>

Sinceramente,

Fecha de firma _____

Nombre: _____ Título: _____