

ADAPTACIÓN RAZONABLE

505 West Julian Street San José, CA 95110 | (408) 275-8770 | TDD: 408-993-3041

La agencia de Autoridad de Viviendas de Santa Clara (SCCHA [siglas en inglés]) se compromete a proveer adaptación razonable a personas con discapacidades para ayudar a asegurarse de que la persona que de otra manera sea elegible reciba una oportunidad equitativa de participar en y beneficiarse de sus programas de vivienda. A petición de los interesados, se considerará una adaptación razonable para cambiar las prácticas y procedimientos de la SCCHA.

Las solicitudes para adaptaciones razonables pueden presentarse por escrito o verbalmente en cualquier momento a SCCHA; este formulario también está disponible en nuestro sitio de internet:

www.scchousingauthority.org

Instrucciones para someter una petición para adaptación razonable:

1. Este formulario contiene tres páginas, incluyendo esta página.
2. La segunda página incluye una serie de preguntas que deben ser contestadas por la persona cabeza de familia, o la persona que presenta la solicitud en nombre del miembro de familia con discapacidad. Toda petición será verificada por una tercera persona experta profesional entendida. La tercera página es una Autorización para Divulgar Información.
3. Usted debe llenar ambos documentos, firmar la “Autorización Para Divulgar Información o Uso de Información Médica” y presentarlas a SCCHA. Si SCCHA no recibe estos documentos dentro de quince (15) días laborales, su petición será cerrada debido a la falta de respuesta.
4. Si el miembro de familia discapacitado tiene 18 años de edad o más, él o ella y la persona Cabeza de Familia deben firmar el formulario “Autorización Para Divulgar Información o Uso de Información Médica”. La persona Cabeza de Familia debe firmar en nombre de un menor discapacitado que esté solicitando la adaptación.
5. Si necesita asistencia para llenar el formulario, o requiere servicios de intérprete, contacte a la SCCHA.
6. Para su conveniencia, puede someter sus formularios completos a la SCCHA por medio de colocarlos en el buzón localizado fuera de las puertas de la sala de espera, por medio de entregarlos al personal, por medio de enviarlos por correo a la SCCHA, 505 West Julián Street, San José, CA 95110, por medio de fax al número 408-993-4001.

Cuando toda la documentación requerida sea recibida, la SCCHA responderá a su petición dentro de 15 días laborales.

Cuestionario para Petición de Adaptaciones Razonables

Provea la siguiente información: (Por favor escriba con letra de molde.)

Nombre de Cabeza de Familia: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal [Zip Code]: _____

Número de Teléfono de Contacto: _____ Dirección de Correo Electrónico (opcional): _____

1. Nombre de persona con discapacidad: _____

2. ¿Es esta persona menor (edad 17 o menos)?

Sí No

3. Sin proveer ningún detalle de la incapacidad misma, indique el tipo de adaptación requerida según la necesidad médica: (Favor de no someter documentos médicos.)

- Cuarto de dormir por separado debido a razones médicas
- Cuarto adicional para equipo médico
- Recamara adicional para persona encargada de cuidado de 24-horas
- Alquilar una unidad de un pariente quien no vive ni vivirá en la unidad
- Otro: _____

4. La adaptación es necesaria porqué: _____

5. Nombre de doctor, profesional de cuidado de salud, agencia de servicios no-médicos, o un tercero confiable quien esté en una posición de conocer la discapacidad del individuo.

Escriba con letra de molde el nombre del Proveedor: _____

Título (si es pertinente): _____

Dirección: _____

Número Telefónico: _____ Número de FAX: _____

Dirección de Correo Electrónico (opcional): _____

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OR USE OF HEALTH INFORMATION

Head of Household: _____ Entity ID: _____

Completion of this document authorizes the disclosure and/or use of individually identifiable health information as set forth below. Failure to provide all information requested may invalidate this Authorization.

Patient/ Client Name: _____ DOB: _____

I authorize the exchange of health information (as specified below) deemed necessary to complete and verify my application for participation and/or to maintain my continued assistance under the Section 8 Program between the Santa Clara County Housing Authority (SCCHA) and the following person/organization:

Name of Person/Agency: _____

Address: _____

This Authorization applies to the following information (select only one of the following):

- All health information necessary to evaluate disability-related need for a reasonable
- accommodation Only the type of health information related to: _____

This Authorization expires 15 months from the date it was signed, unless consent is withdrawn in writing.

Restrictions: California law prohibits the requestor from making further disclosure of my health information unless the requestor obtains another authorization from me or unless such disclosure is specifically required or permitted by law.

My Rights: I may refuse to sign this Authorization. I may inspect or obtain a copy of the health information that I am being asked to disclose. I have a right to receive a copy of this authorization. I may revoke this authorization at any time. My revocation must be in writing, signed by me or on my behalf, and delivered to: SCCHA, 505 West Julian Street, San Jose, CA 95110. My revocation will be effective after 48 business hours from receipt, but will not be effective to the extent that the requestor has acted in reliance upon this Authorization.

I acknowledge and agree that a photocopy of this authorization shall be as valid as the original and may be used for the above stated purposes.

HEAD OF HOUSEHOLD:

Print Name

Signature

Date

PATIENT:

Print Name

Signature

Date

If you are signing on behalf of the patient/client, state your legal relationship:

