

THÍCH NGHI HỢP LÝ

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

Nhà Đương Cục Gia Cư Quận Santa Clara (Santa Clara County Housing Authority - SCCHA) cam kết cung cấp các thích nghi hợp lý cho những người bị khuyết tật để giúp đảm bảo là một người hội đủ điều kiện mặt khác có được cơ hội đồng đều để tham gia vào và hưởng được ích lợi từ các chương trình gia cư của họ. Khi có yêu cầu, một thích nghi hợp lý để đổi các chính sách và thủ tục của SCCHA sẽ được cứu xét.

Các yêu cầu thích nghi hợp lý có thể được nộp lên bằng văn bản hay lời nói vào bất cứ lúc nào cho SCCHA; mẫu ngày cũng có trên trang mạng của chúng tôi: www.scchousingauthority.org

Các chỉ dẫn về việc nộp một yêu cầu để có Thích Nghi Hợp Lý:

1. Mẫu này có ba trang, bao gồm trang này.
2. Trang thứ hai bao gồm một loạt các câu hỏi phải được Chủ Gia Đình trả lời, hoặc người nộp yêu cầu thay mặt cho thành viên trong gia đình bị khuyết tật. Mọi yêu cầu sẽ được một nhân viên chuyên môn có hiểu biết thuộc nhóm thứ ba xác nhận. Trang thứ ba này là một Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin.
3. Quý vị phải điền vào cả hai tài liệu, ký vào mẫu "Cho Phép Tiết Lộ hoặc Sử Dụng Thông Tin Sức Khỏe" và nộp các tài liệu này cho SCCHA. Nếu SCCHA không nhận được các tài liệu này trong vòng mười lăm (15) ngày làm việc, yêu cầu của quý vị sẽ được đóng lại vì không có sự đáp ứng.
4. Nếu thành viên trong gia đình bị khuyết tật từ 18 tuổi trở lên, người này và Chủ Gia Đình phải ký tên vào giấy "Cho Phép Tiết Lộ hoặc Sử Dụng Thông Tin Sức Khỏe". Chủ Gia Đình phải ký tên thay mặt cho trẻ vị thành niên bị khuyết tật để yêu cầu thích nghi.
5. Nếu quý vị cần giúp đỡ điền đơn, hoặc cần có các dịch vụ phiên dịch, xin liên lạc với SCCHA.
6. Để được tiện lợi, quý vị có thể nộp các mẫu đơn đã điền cho HACSC bằng cách bỏ nó vào Hộp Thư đặt bên ngoài các cửa vào hành lang, nộp cho nhân viên hành lang, gửi đến SCCHA, 505 West Julian Street, San Jose, CA 95110.

Khi nhận được tất cả tài liệu, SCCHA sẽ trả lời cho yêu cầu của quý vị trong vòng 15 ngày làm việc.

BẢNG CÂU HỎI THÍCH NGHI HỢP LÝ

Xin cung cấp các thông tin sau: (Xin viết chữ in hoa.)

Họ Tên Chủ Gia Đình: _____

Địa Chỉ: _____ Thành Phố: _____ Mã Zip: _____

Số Điện Thoại: _____ Địa Chỉ Email (tùy chọn): _____

1. Tên của người khuyết tật: _____
2. Có phải người này là trẻ vị thành niên (tuổi từ 17 trở xuống)? Có Không
3. Không cần cung cấp thông tin chi tiết về tình trạng khuyết tật, xin cho biết (các) loại thích nghi được yêu cầu là cần thiết về mặt y tế:

Một chỗ ngủ tách riêng khỏi những người khác trong hộ gia đình vì những lý do y tế.

Thêm một phòng bổ sung để cất giữ thiết bị y tế cần thiết sau đây (được tái kiểm tra hàng năm):

Thêm một phòng ngủ cho người chăm sóc cá nhân sống cùng nhà.

Gia hạn thời gian để tìm một căn hộ.

Thuê một căn hộ của họ hàng. Nêu rõ mối quan hệ: _____

Căn hộ này có những tính năng đặc biệt sau: _____

Thuê một căn hộ nơi tiền thuê nhà vượt quá tiền thuê nhà tối đa được chương trình cho phép.

Căn hộ này có những tính năng đặc biệt sau: _____

Thay đổi khác trong chính sách, thực tiễn hoặc thủ tục của SCCHA.

Xin nêu rõ: _____

4. Cần có sự thích nghi bởi vì:

5. SCCHA có thể liên hệ với các bác sĩ, chuyên gia chăm sóc sức khỏe, cơ quan dịch vụ phi y tế, hoặc một bên thứ ba đáng tin cậy ở vị trí biết về tình trạng khuyết tật của cá nhân đó và có thể xác nhận sự cần thiết của (những) thích nghi được yêu cầu.

Tên và Chức Danh Của Nhà Cung Cấp Viết Chữ In Hoa: _____

Địa Chỉ: _____

Số Điện Thoại: _____ Số Fax: _____

Địa Chỉ Email (Tùy Chọn): _____

CHO PHÉP TIẾT LỘ HOẶC SỬ DỤNG THÔNG TIN SỨC KHỎE

Chủ Gia Đình: _____ **ID Tập thể:** _____

Việc điền vào tài liệu này cho phép tiết lộ và/hoặc sử dụng thông tin sức khỏe có thể nhận dạng cá nhân như được nêu dưới đây. Việc không cung cấp mọi thông tin theo yêu cầu có thể vô hiệu hóa sự Cho Phép này.

Tên Bệnh Nhân/Khách Hàng: _____ **Ngày Sinh:** _____

Tôi cho phép trao đổi thông tin sức khỏe (như quy định dưới đây) được coi là cần thiết để hoàn tất và xác nhận đơn xin tham gia của tôi và/hoặc để duy trì sự trợ giúp tiếp tục của tôi theo Chương Trình Phần 8 giữ Nhà Đường Cục Gia Cư Quận Santa Clara (SCCHA) và người/tổ chức sau đây:

Tên của Người/Cơ Quan: _____

Địa chỉ: _____

Sự Cho Phép này áp dụng cho thông tin sau đây (chỉ chọn một trong những điều sau):

- Mọi thông tin sức khỏe cần thiết để đánh giá việc cần được thích nghi hợp lý có liên quan đến khuyết tật
- Chỉ cho loại thông tin sức khỏe có liên quan tới: _____

Sự Cho Phép này hết hạn 15 tháng kể từ ngày ký vào đó, trừ khi có sự rút lại thoả thuận trên văn bản

Các giới hạn: Luật California cấm người yêu cầu không được tiết lộ thêm thông tin sức khỏe của tôi trừ khi người yêu cầu có được sự cho phép khác của tôi hoặc trừ khi sự tiết lộ đó được yêu cầu cụ thể hoặc được luật pháp cho phép.

Các Quyền của Tôi: Tôi có thể từ chối ký vào giấy Cho Phép này. Tôi có thể kiểm tra hoặc lấy một bản sao của thông tin sức khỏe mà tôi hiện đang được yêu cầu tiết lộ. Tôi có quyền nhận một bản sao của sự cho phép này. Tôi có thể rút lại sự cho phép này vào bất cứ lúc nào. Sự rút lại của tôi phải trên văn bản, được tôi ký tên vào hoặc thay mặt cho tôi, và chuyển đến: SCCHA, 505 West Julian Street, San Jose, CA 95110. Việc rút lại của tôi sẽ có hiệu lực sau 48 giờ làm việc sau khi nhận, nhưng sẽ không có hiệu lực trong phạm vi mà người yêu cầu đã hành động dựa vào sự Cho Phép này.

Tôi xác nhận và đồng ý rằng một bản sao của giấy cho phép này sẽ có hiệu lực như bản chính và có thể được sử dụng cho các mục đích nêu trên.

Chủ Gia Đình:

Viết chữ in

Chữ ký

Ngày

Tên Bệnh Nhân:

Viết chữ in

Chữ ký

Ngày

Nếu quý vị ký tên thay mặt cho bệnh nhân/khách hàng, xin nêu mối quan hệ về pháp lý của quý vị:



