

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.

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

CUESTIONARIO DE SOLICITUD DE ADAPTACIÓN RAZONABLE

Proporcione la siguiente información: (En letra impresa)

Nombre del jefe de familia: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ C. P.: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico (opcional): _____

1. Nombre de la persona con la incapacidad: _____
2. ¿Es menor de edad esta persona (17 años o menos)? Sí No
3. Sin dar detalle sobre la incapacidad, indique el(los) tipo(s) de adaptación solicitado(s) como necesidad médica:

Una zona para dormir separada de otros miembros de la familia por razones médicas.

Una habitación adicional para almacenar los siguientes equipos médicos necesarios (requiere verificación anual):

Un dormitorio adicional para un residente de cuidado personal.

Tiempo extendido para buscar una unidad.

Alquiler de una unidad de un pariente. Especifique la relación: _____
Esta unidad tiene las siguientes características especiales: _____

Alquilar una unidad donde la renta excede el máximo permitido por el programa.
La unidad tiene las siguientes características especiales: _____

Otro cambio en la política, práctica o procedimiento de SCCHA.
Especifique: _____

4. Esta adaptación es necesaria porque:

5. SCCHA puede comunicarse con el siguiente médico, profesional de la salud, agencia de servicios no médicos o un tercero confiable que esté en un puesto por el cual sepa sobre la incapacidad de la persona y pueda verificar la necesidad de la(s) adaptación(es) solicitada(s):

Nombre y título del proveedor, en letra impresa: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Dirección de correo electrónico (opcional): _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN O USO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Persona Cabeza de Familia: _____ ID de Entidad: _____

El completar este documento autoriza la divulgación y/o uso de información individualmente identificable según expuesto a continuación. Omisión de información requerida pudiera invalidar esta Autorización

Nombre de Paciente/Ciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo autorizo el intercambio de información de salud (según se especifica abajo) juzgada necesaria para completar y verificar mi solicitud para participar y/o mantener mi asistencia continua bajo el Programa de Sección 8 entre la agencia de Autoridad de Viviendas de Santa Clara (SCCHA [siglas en inglés]) y la siguiente persona/organización:

Nombre de Persona/Agencia: _____

Dirección: _____

Esta Autorización aplica a la siguiente información (seleccione solo uno de los siguiente):

- Toda información de salud necesaria para evaluar la necesidad relacionada con la discapacidad para adaptación razonable
- Solo el tipo de información de salud relacionada con: _____

Esta Autorización se vence 15 meses de la fecha en que fue firmada, al menos que el consentimiento sea retirado por escrito.

Restricciones: La ley de California prohíbe que el solicitante haga más divulgación de mi información de salud al menos que el solicitante obtenga otra autorización de parte mía o al menos que tal divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

Mis derechos: Puedo rehusarme a firmar esta Autorización. Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que me piden revelar. Tengo derecho de recibir una copia de esta Autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mi o por alguien a favor mio, y ser entregada a: SCCHA, 505 West Julian Street, San José, CA 95110. Mi revocación será efectiva después de 48 horas laborales a partir de ser recibida, pero no estará en vigor en la medida que el solicitante haya actuado confiando en esta Autorización.

Reconozco y estoy de acuerdo que una fotocopia de esta Autorización será tan valida como la original y que puede ser usada para los fines anteriormente mencionados.

Cabeza de Familia:

Letra de molde Firma Fecha

Name of Patient:

Letra de molde Firma Fecha

Si esta firmando a nombre del paciente/cliente, declare su relación legal:



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:

