

**AUTORIDAD DE VIVIENDA DE WILKES-BARRE
SOLICITUD DE ALOJAMIENTO RAZONABLE**

Complete la información a continuación con respecto a la persona que necesita el (los) alojamiento (s). Es importante que proporcione todos los detalles posibles para que la Autoridad de Vivienda de Wilkes-Barre (WBHA) evalúe mejor esta solicitud.

NOTA: Este formulario debe ser completado y firmado por el jefe de familia en nombre del miembro de la familia que necesite el alojamiento. Complete un formulario separado de "Solicitud de alojamiento razonable" para cada miembro del hogar que requiera un alojamiento. Si el miembro de la familia discapacitado que necesita el alojamiento tiene **18 años de edad o más**, él o ella y el jefe de familia deben firmar este formulario.

POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE

Jefe de hogar: _____
Miembro del hogar que necesita alojamiento (s): _____
Relación con el jefe de familia (por ejemplo, hijo, hija, padre): _____
Dirección: _____ Teléfono: (_____) _____

DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD QUE SE RELACIONA CON ALOJAMIENTO (S) RAZONABLE

La Ley de Vivienda Justa define a una persona con una discapacidad para incluir a cualquier persona que tenga una discapacidad física o mental que **limite sustancialmente (es decir, "significativo" o "en gran medida")** una o más actividades importantes de la vida (**es decir, aquellas actividades que son de importancia fundamental para la vida cotidiana, como ver, escuchar, caminar, respirar, realizar tareas manuales, cuidarse a sí mismo, aprender, hablar o trabajar.**)

1. El miembro de la familia mencionado anteriormente cumple con la **DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD QUE SE ENCUENTRA CON EL ALOJAMIENTO (S) RAZONABLE** como se indica arriba.

Si No

2. Como resultado de esta discapacidad, estoy solicitando los siguientes ajustes razonables de la WBHA para el Miembro de la familia discapacitado que figura en la página 1. (**Marque una o más casillas a continuación**):

a) Características especiales de la unidad, b) modificaciones físicas a las áreas comunes, o c) si es residente, una transferencia a otra unidad que satisfaga mis necesidades. **Por favor proporcione detalles.** (Adjunte páginas adicionales, si es necesario).

Un cambio en la siguiente regla, política o procedimiento. (Tenga en cuenta que se puede solicitar un cambio en **CÓMO** para cumplir con los requisitos del contrato de arrendamiento; sin embargo, aún

se deben cumplir los requisitos del contrato de arrendamiento). Especifique el cambio necesario. (Adjunte páginas adicionales si es necesario).

3. El miembro del hogar discapacitado necesita estos ajustes razonables porque: (Adjunte páginas adicionales, si es necesario). (Si el alojamiento solicitado está relacionado con el equipo, proporcione una lista de **TODOS** los equipos necesarios).

4. Debe haber una relación **identificable entre el alojamiento** solicitado y la discapacidad del individuo. Explique cómo esta adaptación ayudará al miembro discapacitado del hogar con una o más actividades importantes de la vida (es decir, aquellas actividades que son de importancia central para la vida diaria, como ver, escuchar, caminar, respirar, realizar tareas manuales, cuidarse a sí mismo, aprender). , hablando o trabajando.) (**Por favor, no divulgue el tipo de discapacidad**).

5. Para llegar a mis citas, **confío principalmente** en (marque una): Mi Carro Transportación WBHA Bus Taxi Programa de viaje compartido Paseo Caminando En línea

AUTORIZACIÓN

Autorizo / autorizamos a la WBHA a verificar que el miembro de la familia al que se hace referencia anteriormente tenga una discapacidad y yo / nosotros necesitamos las adaptaciones razonables solicitadas. Para verificar esta información, la WBHA puede comunicarse con el médico, el psiquiatra, el psicólogo licenciado, el profesional de enfermería con licencia, el trabajo social con licencia, el profesional de rehabilitación o la agencia de servicios no médicos cuyo nombre está a continuación, cuya función es proporcionar servicios a los discapacitados.

Nombre del campo de práctica del proveedor (Medico)

Agencia / Clínica / Instalación

Calle Ciudad Estado Código postal

() ()

Telefono fax

Entiendo / entendemos que la información obtenida por la WBHA se mantendrá completamente confidencial y se usará únicamente para realizar una evaluación y determinación en esta solicitud de adaptaciones razonables.

X Fecha

Firma del Jefe de Hogar

X Fecha

Firma del miembro de la familia que necesita el alojamiento (solo si es mayor de 18 años) Fecha

Envíe este formulario lo antes posible para que la WBHA pueda tomar una decisión sobre esta solicitud