

# Autoridad de Vivienda de Chicopee

## Formulario de Verificación Médica

\_\_\_\_\_  
Cabeza de familia (nombre en letra de imprenta) Número de \_\_\_\_\_  
teléfono del residente

Para: \_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre del miembro del hogar para quien se realiza la solicitud) Número de \_\_\_\_\_ teléfono del residente

Por favor, devuélvalo a:

\_\_\_\_\_ CHA Teléfono: (413) 592-6132  
(Nombre del empleado de CHA)

Autoridad de Vivienda de Chicopee  
128 Meetinghouse Rd.  
Chicopee, Massachusetts 01013-1830

La siguiente sección debe ser completada por la fuente de verificación designada:

1. La persona que busca una adaptación es una persona con una discapacidad de acuerdo con la siguiente definición: "Discapacidad" se define como un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida; un registro de tener dicho impedimento o ser considerado como tener dicho impedimento.  
\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

2. Describa el/los problema(s) que la persona está teniendo con la vivienda, edificio, propiedad, práctica, regla, política, procedimiento, programa o servicio de CHA:

---

---

---

---

3. Describa el tipo de cambio, característica o asistencia requerida:

---

---

---

---

4. Describa la relación entre la(s) limitación(es) funcional(es) de la persona y la adaptación solicitada. No proporcione detalles innecesarios sobre el historial médico o el estado de discapacidad de la persona que busca una adaptación.

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Nombre de la verificación Título de la fuente

\_\_\_\_\_  
Compañía

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono Número de fax

**VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD DE LA AUTORIDAD DE VIVIENDA  
DE CHICOPEE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estimado Residente/Solicitante:

Usted ha indicado que usted, o un miembro de su hogar, necesita una adaptación razonable debido a una discapacidad en relación con una residencia, instalación, programa o servicio de la Autoridad de Vivienda de Chicopee. Un médico, un profesional de la salud con licencia o un profesional que represente a una agencia de servicios sociales o a una agencia o clínica de discapacidad puede verificar esta información.

Lleve esta carta, la *Autorización para la divulgación de información adjunta* y el sobre adjunto con la dirección preimpresa a su proveedor de atención médica u otra persona, clínica o agencia apropiada. La Autoridad de Vivienda de Chicopee utilizará esta información para evaluar su solicitud de adaptación razonable. La Autoridad de Vivienda de Chicopee mantendrá esta información confidencial. Si decide no autorizar la divulgación de esta información, es posible que no podamos considerar su(s) solicitud(es) de adaptación razonable(s).

**MODIFICACIÓN/ADAPTACIÓN SOLICITADA:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**AUTORIDAD DE VIVIENDA DE CHICOPEE**  
**SOLICITUD DE ADAPTACIONES RAZONABLES**

Puede utilizar este formulario para solicitar que la Autoridad de Vivienda de Chicopee le proporcione una adaptación razonable a usted o a cualquier miembro de su hogar que tenga una discapacidad, para que usted o un miembro de su hogar pueda utilizar su residencia o cualquiera de las instalaciones, programas o servicios de la Autoridad de Vivienda de Chicopee.

A los efectos de este formulario, consulte la sección "Adaptaciones razonables" adjunta Póliza" para determinar si usted es una "persona calificada con una discapacidad". Si desea solicitar una adaptación razonable en su nombre o en el de un miembro de su hogar, complete este formulario. Debe fechar y firmar con su nombre en la parte inferior de este formulario y devolverlo a la oficina del administrador de la propiedad. Si necesita ayuda para comprender si usted o un miembro de su hogar es una "persona calificada con una discapacidad" o si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con su oficina local de administración de propiedades o con el Coordinador de la Sección 504/ADA de la Autoridad de Vivienda de Chicopee.

Fecha de la solicitud \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante/residente/participante \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección Ciudad \_\_\_\_\_ /Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

1. Solicito las siguientes adaptaciones razonables: \_\_\_\_\_

2. Solicito la(s) adaptación(es) razonable(s) en nombre de: (nombre): \_\_\_\_\_

3. Mis razones para solicitar esta adaptación razonable: \_\_\_\_\_

4. Un médico, un profesional de la salud con licencia, un profesional que represente a una agencia de servicios sociales, una agencia de discapacidad o una clínica pueden proporcionar verificación de su discapacidad.

Puede solicitar una modificación física a su unidad actual o una transferencia a una unidad que haya sido modificada previamente [en su desarrollo u otro desarrollo]. La Autoridad de Vivienda de Chicopee trabajará con usted para determinar cómo cumplir con su solicitud de adaptación razonable. La Autoridad de Vivienda de Chicopee puede requerir documentación para respaldar su(s) solicitud(es) de adaptación razonable(s).

Indique qué opción prefiere:

\_\_\_ Deseo que se realicen modificaciones solo en mi unidad actual

\_\_\_ Consideraría pasar a una unidad que esté modificada actualmente, pero solo dentro de mi desarrollo actual

\_\_\_ Consideraría pasar a una unidad que actualmente está modificada, incluso en otro Desarrollo

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante/Residente/Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha



importantes de la vida.

"Se considera que tiene un impedimento" significa:

1. Tiene un impedimento físico o mental que no limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, **pero** es tratado por el destinatario como si constituyera tal limitación.
2. Tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida **solo como resultado de** las actitudes de los demás hacia el impedimento.
3. No tiene ninguno de los impedimentos definidos por la definición de "impedimento físico o mental" de la Sección 504, **pero** es tratado por el receptor como si tuviera tal impedimento.

Además, autorizo \_\_\_\_\_

**[Inserte el nombre del proveedor de atención médica u otra autoridad de documentación apropiada]**

proporcionar solo la documentación que sea necesaria para verificar que cumpla con la definición de "Persona Calificada con una Discapacidad", como se define anteriormente. Esta Autorización para la Divulgación de Información solo debe buscar la información que sea necesaria para determinar si la adaptación razonable solicitada es necesaria debido a una discapacidad.

Esta Autorización no autoriza a la Autoridad de Vivienda de Chicopee a examinar mis registros médicos, incluidos los diagnósticos o los resultados de las pruebas; ni autoriza la divulgación de información detallada sobre la naturaleza o gravedad de mi discapacidad. Cualquier información o documentación divulgada como resultado de esta Autorización se mantendrá confidencial y no se compartirá con nadie a menos que sea necesario para tomar o evaluar una decisión de otorgar o denegar una solicitud de adaptación razonable.

\_\_\_\_\_  
Nombre del miembro de la familia/padre/tutor legal [Imprimir]

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el Residente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SÍRVASE PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**

1. Nombre del proveedor de atención médica/autoridad de documentación:

\_\_\_\_\_

2. Dirección del proveedor de atención médica/autoridad de documentación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Número de teléfono del proveedor de atención médica/autoridad de documentación:

\_\_\_\_\_

4. Número de fax del proveedor de atención médica/autoridad de documentación:

\_\_\_\_\_



**AUTORIZACIÓN DE LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DE  
CHICOPEE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE  
LA SOLICITUD DE ADAPTACIONES RAZONABLES**

**RE: Miembro del hogar con discapacidad:** \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo \_\_\_\_\_  
[Inserte el nombre del proveedor de atención médica u otra autoridad de documentación apropiada]

para consultar con representantes de la Autoridad de Vivienda de Chicopee, por escrito, en persona o por teléfono con respecto a los impedimentos físicos o mentales que afirmo que califican como una persona con una discapacidad con el único propósito de esta solicitud de adaptación razonable. Por la presente, autorizo la divulgación de información a la Autoridad de Vivienda de Chicopee con respecto a la solicitud de adaptación razonable descrita en este formulario. Esta divulgación constituirá una autorización limitada para la divulgación de información, como se describe a continuación.

**Esta Autorización autoriza únicamente la divulgación de la información necesaria para verificar lo siguiente:**

- 1. Documentación necesaria para verificar que la persona mencionada anteriormente cumple con la definición de "persona calificada con una discapacidad", como se define a continuación;**
- 2. Una descripción de las adaptaciones razonables necesarias; y**
- 3. Una descripción de la relación identificable entre la discapacidad de la persona y las adaptaciones razonables solicitadas.**

A los efectos de este Comunicado, una "Persona Calificada con una Discapacidad" se define como una persona que tiene un impedimento físico o mental que:

1. Limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida
2. Tiene un registro de tal impedimento
3. Se considera que tiene un impedimento

"Un impedimento físico o mental" se define como:

1. Cualquier trastorno o afección fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los siguientes sistemas corporales: Neurológicos; musculoesquelético; órganos especiales de los sentidos; respiratorios, incluidos los órganos del habla; cardiovascular; reproductivo; digestivo; genito-urinario; hemático y linfático; piel; y endocrino; o
2. Cualquier trastorno mental o psicológico, como retraso mental, síndrome cerebral orgánico, enfermedad emocional o mental y discapacidades específicas del aprendizaje. El término "impedimento físico o mental" incluye, entre otros, enfermedades y afecciones como discapacidades ortopédicas, visuales, del habla y auditivas, parálisis cerebral, autismo, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes, retraso mental, enfermedades emocionales, adicción a las drogas y alcoholismo. Por "actividades principales de la vida" se entienden funciones como el cuidado de sí mismo, la realización de tareas manuales, el caminar, la vista, el oído, el habla, la respiración y el aprendizaje.

Las "actividades principales de la vida" incluyen funciones como el cuidado de uno mismo, la realización de tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar.

"Tiene un registro de tal impedimento (mental o físico)" significa que tiene un historial de, o ha sido clasificado erróneamente como teniendo, un impedimento mental o físico que limita sustancialmente una o más actividades

