

ЖИЛИЩНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ГОРОДА ЛОС-АНДЖЕЛЕС



ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ПО ОБОСНОВАННО НЕОБХОДИМЫМ УДОБСТВАМ/ПРИСПОСОБЛЕНИЯМ

Лицо, являющееся инвалидом/имеющее ограниченные способности, может обратиться с просьбой об изменении и корректировке правил, политики, практики или процедур HACLA, предоставлении ему исключения из них или с просьбой о модификации его жилищной единицы или мест общего пользования в качестве обоснованно необходимых удобств/приспособлений. Запрос на предоставление удобств/приспособлений не влияет на участие в программе. **Настоящая форма должна быть заполнена и возвращена HACLA как часть заявки и процесса ежегодного рассмотрения, однако, при необходимости, ее можно заполнить и представить в любое время.** Обратитесь к сотруднику HACLA, если вам требуется помощь в заполнении этой формы.

Имя и фамилия главы семьи: _____ Рег. № / № Клиента _____

Адрес: _____ Номер телефона _____

Другая предпочитаемая контактная информация: _____

Отметьте соответствующий квадрат; приведите, при необходимости, информацию; подпишитесь внизу и представьте HACLA.

1. Нуждается кто-либо в вашей семье в обоснованно необходимых удобствах/приспособлениях?

- Нет - Если **Нет**, заполните указанный ниже пункт 3
- Да - Если **Да**, заполните указанные ниже пункты 1a, 1b, 1c, 2 и 3

1a. Напишите печатными буквами имя и фамилию члена вашей семьи, для которого требуются удобства/приспособления _____

1b. Опишите необходимые удобства/приспособления _____

1c. Является ли целью этого запроса пересмотр отрицательного решения HACLA в связи с несоблюдением семьей требований программы, и причиной такого несоблюдения требований являлась инвалидность/ограничение способностей члена семьи?

- Нет Да

Если Да, каким образом инвалидность/ограничение способностей помешали соблюдать правила и требования программы? *(укажите любые относящиеся даты)* _____

2. Подтверждение инвалидности/ограничения способностей и связанных с ними потребностей в удобствах/приспособлениях может предоставляться лицами, к которым, среди прочего, относятся лицензированный врач, физиотерапевт, психиатр, социальный работник, сотрудник службы социального обеспечения, ведущий ваше дело, или консультант

Имя и фамилия: _____

Учреждение (если относится): _____

Адрес: _____

Номер телефона: (____) _____ Номер факса: (____) _____

Адрес электронной почты (если известен): _____

3. Подпись: я подтверждаю правильность приведенной выше информации:

_____ Дата _____
 Подпись главы или совместного главы семьи

Представьте заполненную форму в HACLA

<p align="center">Только для использования HACLA</p> <p>Получено: _____ Дата _____</p> <p>Примечания:</p>	<p>Калиф./Код менеджера _____</p> <p>№ квартиры _____</p> <p>№ рег./клиента _____</p> <p>Месяц рассмотрения _____</p>
--	---