



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 НАСЛА, 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 НАСЛА как часть заявки и процесса ежегодного рассмотрения, однако, при необходимости, ее можно заполнить и представить в любое время.**

Обратитесь к сотруднику НАСЛА, 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 НАСЛА.

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 1а, 1b, 1с, 2 и 3

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

1b. Опишите необходимые удобства/приспособления _____

1с. Является ли целью этого запроса пересмотр отрицательного решения НАСЛА 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:

Подпись главы или совместного главы семьи

Дата

4. Представьте заполненную форму в НАСЛА

Только для использования НАСЛА

Получено: _____ Дата _____ Калиф./Код менеджера _____
Примечания: _____ № квартиры _____
№ рег./клиента _____
Месяц рассмотрения _____