



## ONSENTIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE ACOMODAÇÃO RAZOÁVEL: Programa de Assistência Emergencial (“EA”)

- Solicitação inicial       Alteração da solicitação inicial

### Consentimento: Sua declaração

Solicito à EOHLC ajuda adicional ou uma alteração para a minha família. Precisamos desta ajuda adicional ou alteração porque  (membro do domicílio) tem uma deficiência.

### Explanation for You

A lei define deficiência como:

- incapacidade física ou mental que
- limita substancialmente
- uma ou mais atividades importantes da vida.

Pode ser uma condição de saúde que afete a vida de alguém de maneiras importantes.

#### Por exemplo, uma condição de saúde que afete:

- |                |                                |  |
|----------------|--------------------------------|--|
| • Andar        | • Aprendizagem                 | • Concentração                                 |
| • Fala         | • Pensamento                   | • Leitura                                      |
| • Audição      | • Trabalho                     | • Escrita                                      |
| • Visão        | • Respiração                   | • Realização de tarefas físicas, como levantar |
| • Segurança    | • Comportamento                | • Alimentação                                  |
| • Cuidar de si | • Interação com outras pessoas | • Como o corpo funciona                        |

### Instrução (ou explicação) para você

Uma família pode pedir ajuda adicional ou uma alteração que precise agora ou no futuro. Pode ser uma ajuda ou alteração que você precise devido a uma deficiência que um Membro do Domicílio tenha agora. Também pode ser uma alteração nas regras agora devido a uma deficiência que tenha afetado a vida da sua família no passado (por exemplo, se perdeu a sua habitação devido a uma deficiência). A EOHLC decidirá se podemos fornecer a ajuda adicional ou alteração e se isso é razoável. Isso é chamado de acomodação razoável.

A EOHLC precisa confirmar que alguém do seu domicílio tem uma deficiência e precisa da ajuda adicional ou alteração que você solicitou.



## Instrução (ou explicação) para você

A EOHLC pode obter essas informações de um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde:

- alguém que ajude as pessoas a se recuperarem de doenças ou lesões
- um assistente social
- outra pessoa confiável que preste serviços ou apoio entre pares a pessoas com deficiência como parte de seu trabalho ou trabalho voluntário regular.

### **OBSERVAÇÃO:**

Você não precisa preencher este formulário agora. Entretanto, às vezes, quando alguém solicita uma acomodação razoável, a EOHLC (nós) precisa de mais informações para tomar uma decisão. Se precisarmos de mais informações, avisaremos você. Nesse caso, você poderá solicitar documentos ao prestador do Membro do Domicílio e depois entregá-los para nós, ou podemos solicitar documentos ao prestador do Membro do Domicílio para você. Se desejar que a EOHLC solicite ao prestador do Membro do Domicílio, precisaremos deste formulário.

## Declaração sua (autorização da família para que o prestador compartilhe informações com a EOHLC)

Solicitei uma acomodação razoável à EOHLC. Autorizo este prestador a fornecer informações à EOHLC, para que a EOHLC possa tomar uma decisão. Autorizo este prestador a fornecer à EOHLC apenas informações que se apliquem à minha solicitação de acomodação razoável.

Nome do membro da família com deficiência

Data de nascimento dessa pessoa

Nome do prestador

Endereço desse prestador

Número de telefone desse prestador

Você autoriza este prestador a compartilhar informações sobre tratamento de drogas ou álcool?

Sim  Não

Esta autorização dura um ano ou até



## Declaração sua (autorização da família para que o prestador compartilhe informações com a EOHLC)

Compreendo que:

- A EOHLC pode não estar coberta pelas mesmas leis de privacidade que o meu prestador.
- A EOHLC manterá todas essas informações totalmente confidenciais (ou privadas).
- A EOHLC utilizará essas informações apenas para tomar uma decisão sobre a minha solicitação de acomodação razoável.
- Meu prestador não pode exigir que eu assine este formulário para me fornecer tratamento médico.
- Posso solicitar o encerramento desta autorização a qualquer momento.

**Assinatura:** Qual a idade do membro da família com deficiência?

- Se for maior 18 anos, pode assinar este formulário.
- Se for menor de 18 anos, seus pais ou responsáveis podem assinar este formulário.
- Se for maior 18 anos E tiver um responsável, TANTO a pessoa com deficiência quanto o chefe da família devem assinar.

Assinatura da pessoa com deficiência (se for maior 18 anos)

Data

Assinatura do(a) pai/mãe ou responsável (se a pessoa com deficiência for menor de 18 anos)

Data

Seu nome em letra de forma

Data

Assinatura do chefe da família

Seu nome em letra de forma

Envie este formulário ao coordenador central de ADA: • Por correio: Central ADA Coordinator  
Division of Housing Stabilization  
EOHLC  
100 Cambridge Street, 3rd Floor  
Boston, MA 02114

- Por e-mail: [EOHLCeaada@mass.gov](mailto:EOHLCeaada@mass.gov)
- Por fax: 617-573-1578