



CONSENTIMIENTO PARA SOLICITUD DE ADAPTACIÓN RAZONABLE: Programa de Asistencia de Emergencia (“EA”)

Solicitud inicial

Cambiar a la solicitud inicial

Consentimiento: Su declaración

Le estoy pidiendo a EOHLC ayuda adicional o un cambio para mi familia. Necesitamos esta ayuda adicional o cambio porque (Miembro del Hogar) tiene una discapacidad.

Explicación para usted

La **ley define una discapacidad** como:

- discapacidad física o mental que
- limita sustancialmente
- una o más actividades importantes de la vida.

Esta puede ser una condición de salud que afecta la vida de una persona de manera importante.

Por ejemplo, una condición de salud que afecta:

- | | | |
|-----------------------|-------------------------|---|
| • Caminar | • Aprender | • Enfocar |
| • Hablar | • Pensar | • Leer |
| • Oír | • Trabajar | • Escribir |
| • Ver | • Respirar | • Realizar tareas físicas, como levantar objetos. |
| • Seguridad | • Comportamiento | • Comer |
| • Cuidado de sí mismo | • Interactuar con otros | • Como funciona el cuerpo |

Instrucción (o explicación) para usted:

Una familia puede pedir ayuda adicional o un cambio que necesita ahora o en el futuro. Esto puede ser ayuda o un cambio que necesita debido a una discapacidad que el miembro del hogar tiene ahora. También puede ser un cambio en las reglas ahora debido a una discapacidad que afectó la vida de su familia en el pasado (por ejemplo, si perdió su vivienda debido a una discapacidad). EOHLC decidirá si podemos brindar ayuda adicional o realizar cambios y si es razonable. Esto se llama adaptación razonable.

EOHLC necesita confirmar que alguien en su hogar tiene una discapacidad y necesita la ayuda adicional o el cambio que usted solicitó.



Instrucción (o explicación) para usted

EOHLC puede obtener esta información de un médico, enfermera u otro trabajador de la salud:

- alguien que ayuda a las personas a recuperarse de una enfermedad o lesión
- un trabajador social o trabajador social
- otra persona confiable que brinde servicios o apoyo entre pares a personas con discapacidades como parte de su trabajo o trabajo voluntario regular.

NOTA:

No es necesario que complete este formulario ahora. Pero a veces, cuando alguien solicita una adaptación razonable, EOHLC (nosotros) necesitamos más información para tomar una decisión. Si necesitamos más información, se lo haremos saber. Luego, puede pedirle los documentos al proveedor del miembro del hogar y luego entregárnoslos, o podemos pedirselo al proveedor del miembro del hogar por usted. Si desea que EOHLC consulte al proveedor del miembro del hogar por usted, necesitaremos este formulario.

Declaración Suya (familia que permite al proveedor compartir información con EOHLC)

Le he pedido a EOHLC una adaptación razonable. Autorizo a este proveedor a brindar información a EOHLC para que EOHLC pueda tomar una decisión. Solo permito que este proveedor brinde a EOHLC información que se aplique a mi solicitud de adaptación razonable.

Nombre del familiar con discapacidad

Fecha de nacimiento de esa persona

Nombre del proveedor

Dirección de ese proveedor

Número de teléfono de ese proveedor

¿Permite que este proveedor comparta información sobre el tratamiento de drogas o alcohol?

Sí No

Este permiso tiene una duración de un año, o hasta:



Declaración Suya (familia que permite al proveedor compartir información con EOHLIC)

Entiendo que:

- Es posible que EOHLIC no esté cubierto por las mismas leyes de privacidad que mi proveedor.
- EOHLIC mantendrá toda esta información completamente confidencial (o privada).
- EOHLIC solo utilizará esta información para tomar una decisión sobre mi solicitud de adaptación razonable.
- Mi proveedor no puede exigirme que firme este formulario para brindarme tratamiento médico.
- Puedo solicitar la finalización de este permiso en cualquier momento.

Firma: ¿Qué edad tiene el familiar que tiene una discapacidad?

- Si tienen 18 años o más, pueden firmar este formulario.
- Si son menores de 18 años, sus padres o tutores pueden firmar este formulario.
- Si tiene 18 años o más Y tiene un tutor, AMBOS la persona con discapacidad y el jefe de hogar deben firmar.

Firma de la persona con discapacidad
(si tiene 18 años o más)

Fecha

Firma del Padre o Tutor (si la persona con
discapacidad es menor de 18 años)

Fecha

Imprime tu nombre aquí

Firma del Jefe de Hogar

Fecha

Imprime tu nombre aquí

Envíe este formulario al Coordinador Central de ADA:

- Por correo electrónico: EOHLICeada@mass.gov
- Por fax: 617-573-1578

- Por correo: Central ADA Coordinator
Division of Housing Stabilization
EOHLIC
100 Cambridge Street, 3rd Floor
Boston, MA 02114