

Verificación de discapacidad para solicitud de adaptaciones razonables

Nombre del jefe de familia: _____

Miembro de la familia con necesidad de adaptaciones: _____

Fecha de nacimiento: _____

Para ser llenado por el solicitante / participante:

Descripción de la solicitud de adaptaciones razonables.

Para ser llenado por el proveedor de asistencia médica

1. a. En su opinión profesional, el solicitante / participante arriba mencionado padece una discapacidad (minusvalía), por ejemplo, impedimento físico o mental que limite significativamente una o más actividades esenciales*, o un registro de padecer dicho impedimento? ☐ Sí ☐ No
Los términos esenciales en la definición de “discapacidad” se explican en el adjunto.
c. Si la discapacidad no es de por vida, estime la fecha en la que la adaptación ya no será necesaria.
2. a. ¿Existe una necesidad relacionada con la discapacidad para la adaptación razonable propuesta, arriba descrita, basada en la discapacidad mental o física del solicitante / participante? ☐ Sí ☐ No
b. Si la respuesta es sí, explique: (proporcionar solamente la información que demuestre una relación con la discapacidad verificada, con un “sí” a la pregunta 1.a., y la propuesta de adaptaciones razonables) **NO DIVULGAR** la naturaleza específica o la gravedad de la discapacidad del individuo, o proporcionar la información específica sobre el diagnóstico y el tratamiento.

Certifico que la información proporcionada anteriormente representa mi juicio profesional y es verdadera y correcta en el mejor de mi conocimiento.

Firma del proveedor de asistencia médica _____ Fecha _____

Nombre _____ Teléfono _____

Domicilio _____

Advertencia: El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos, establece que una persona es culpable de felonía por hacer declaraciones falsas y fraudulentas en cualquier documento o cualquier agencia de los Estados Unidos.

Firmas Electrónicas. Yo reconozco y acepto que este formulario puede ejecutarse mediante firma electrónica, que se considera como una firma original para todo el cumplimiento de HUD y la Autoridad de Vivienda Pública y tendrá la misma fuerza y efecto que una firma original. Sin limitación, la “firma electrónica” incluirá versiones enviadas por fax de una firma original o una versión escaneada y transmitida electrónicamente de una firma original.

For accommodations, such as braille, large print, or translation, please contact City of Mesa Housing and Community Development at (480) 644-3536, or AzRelay 7-1-1 for those who are deaf or hard of hearing.

Si necesita información en español por favor de llamar al 480-644-3536.



Definiciones 24 C.F.R. § 8.3

Individuos con minusvalías son personas que tienen una discapacidad física o mental que limita significativamente una o más actividades esenciales diarias; tienen un registro de discapacidad; o se considera que padecen una discapacidad. El término no incluye a individuos con padecimientos de alcoholismo o abuso de drogas, problemas que impiden su participación en el programa o actividad en cuestión, o cuya participación –por el actual consumo de drogas o alcohol–, constituiría una amenaza directa a la propiedad o seguridad de otros–.

La discapacidad física o mental incluye:

1. Cualquier condición o trastorno fisiológico, desfiguración estética o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: neurológico; musculo esquelético, órganos sensoriales, respiratorio, incluyendo los órganos del habla, cardiovascular, reproductivo, digestivo, urinario, hepático y linfático, epidérmico y endocrino.
2. Cualquier condición o trastorno físico o mental, tal como retraso mental, síndrome orgánico cerebral, enfermedad mental o emocional o discapacidades específicas del aprendizaje. El término discapacidad física o mental incluye, pero no se encuentra limitado a, discapacidades ortopédicas, visuales, del habla y escucha, parálisis cerebral, autismo, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, enfermedades del corazón, diabetes, retraso mental, enfermedad emocional, adicción a las drogas o al alcohol.

NOTA: la determinación sobre si la discapacidad física o mental limita significativamente una o más actividades esenciales se realizará sin considerar los efectos de mejora o medidas de mitigación (por ejemplo, valoración de la limitación significativa del individuo en una actividad esencial cotidiana, incluyendo la operación de una función corporal principal, sin considerar los efectos de la medicación, dispositivos de asistencia, etc.) De igual manera, un impedimento episódico o en remisión es una discapacidad si limita significativamente una actividad esencial cotidiana cuando se es activo.

Actividades esenciales de la vida diaria: son aquellas que nos permiten cuidar de nosotros mismos, realizar tareas manuales, caminar, observar, escuchar, hablar, respirar, aprender y trabajar.

Tiene un registro de discapacidad: implica que tiene un historial médico del padecimiento o se ha clasificado erróneamente una discapacidad física o mental que significativamente limita una o más actividades esenciales de la vida diaria.

Se considera que padece una discapacidad significa que:

1. Padece una discapacidad física o mental que no limita significativamente una o más actividades esenciales de la vida diaria, pero el individuo percibe la magnitud de su padecimiento como tal limitación.
2. Padece una discapacidad física o mental que limita significativamente una o más actividades esenciales de la vida diaria, solamente como consecuencia de las actitudes de otros hacia dicho padecimiento.
3. No tiene ningún padecimiento.

For accommodations, such as braille, large print, or translation, please contact City of Mesa Housing and Community Development at (480) 644-3536, or AzRelay 7-1-1 for those who are deaf or hard of hearing.

Si necesita información en español por favor de llamar al 480-644-3536.



AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

(Por favor escriba con letra clara)

Nombre del solicitante/participante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ No. de celular: _____

Domicilio: _____

Nombre del Profesional de la salud: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Por la presente autorizo a mi proveedor de salud facilitar información a la autoridad de Vivienda de la Ciudad de Mesa, con relación a mi solicitud pendiente de adaptaciones razonables como resultado de una discapacidad. Adicionalmente otorgo mi consentimiento para que representantes autorizados de Vivienda de la ciudad de Mesa se pongan en contacto con mi proveedor de salud para aclarar, conforme sea necesario, y determinar mi elegibilidad para adaptaciones razonables como resultado de una discapacidad.

Es mi entendimiento que la información solicitada por la Ciudad de Mesa estará directamente relacionada con:

- La confirmación de mi condición médica como una discapacidad bajo la ley de rehabilitación, enmendada.
- La discusión del por qué es necesaria la solicitud de adaptaciones razonables.
- Aclaración de la información previamente presentada a la Ciudad de Mesa.
- Recomendaciones relacionadas con adaptaciones alternativas.

Esta autorización es válida durante doce meses.

Firma del solicitante / participante

Fecha