



REQUEST FOR A REASONABLE ACCOMMODATION

Please Print Clearly using DARK ink. No Pastels or light colored inks.

This form has been sent to you because:

- You called or wrote to the Housing Authority requesting a reasonable accommodation for a disability.
- We have a doctor's note on file from you, but we need more information.
- Other: _____

Head of Household Name: _____

1. The following household member, _____, is requesting a reasonable accommodation for their disability.
2. Describe the accommodation you are requesting (tell us specifically what you need):
3. Describe why this accommodation is needed and how it relates to a disability:

4. List the name of the health care provider or social worker who can verify the disability and the need for the accommodation requested. Return this form to the Housing Authority. The Housing Authority may contact this person directly for verification. **If you include contact information that is incomplete or incorrect, this form will be returned to you to complete and/or correct, which will delay the processing of your request.**

Name: _____ Name of Hospital Clinic or Office: _____

Complete, current and accurate mailing address of the person you are asking us to contact: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone: _____ Fax: _____

You will be informed of the Housing Authority's granting, denial, or status of this request within thirty (30) days of the receipt of this request.

Authorization to Release Information: **I authorize the health care provider or social worker listed above to disclose relevant information to the Housing Authority of the County of Santa Cruz regarding the need for a reasonable accommodation. I understand the information the Housing Authority obtains will be kept confidential and used solely to determine if an accommodation should be provided.**

Signature of Family Member
requesting accommodation

Printed Name

Date

Please complete and return this form at your earliest convenience. If you have any questions regarding the completion of this form, please call our offices at (831) 454-5955 Monday through Thursday, between 8:00 AM - 4:45 PM and Friday from 8:00 AM to 12:00 PM.



PEDIDO DE ACOMODACIÓN RAZONABLE POR INCAPACIDAD
Por favor escriba claramente con tinta OSCURA, NO USE colores claros

Este formulario le ha sido enviado porque:

- Usted llamó o escribió a la Autoridad de Viviendas pidiendo una acomodación razonable por incapacidad.
- Tenemos una nota de su médico pero necesitamos más información.
- Otro: _____

Persona principal de la familia: _____

1. El miembro de la familia aquí nombrado, _____, pide una acomodación razonable a causa de su incapacidad.
2. Describa el tipo de acomodación razonable que está pidiendo (díganos específicamente lo que necesita):
3. Describa por qué esta acomodación es necesaria y cómo se relaciona a su incapacidad:

4. Dé el nombre del proveedor de asistencia médica o Trabajador Social que pueda verificar la incapacidad y la necesidad de la acomodación pedida. Envíe el formulario completado a la Autoridad de Viviendas. La Autoridad de Viviendas podrá comunicarse directamente con dicha persona para verificar la información. **Si la información del contacto que incluya es incompleta o incorrecta, esta forma se le devolverá a usted para completar o corregir, y esto retrasará el procesamiento de su solicitud.**

Nombre: _____ Hospital, clínica u oficina: _____

Dirección postal completa, actual y exacta de la persona que nos está pidiendo que contactemos: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Usted será notificado por la Autoridad de Viviendas de la aprobación, la denegación, o el estado de este pedido dentro de treinta (30) días del recibo de este pedido.

Autorización para proveer información: **Autorizo al proveedor de asistencia médica o trabajador Social arriba mencionado a darle a la Autoridad de Viviendas del Condado de Santa Cruz cualquier información relevante con respecto a la necesidad de acomodación razonable provocada por mi incapacidad. Comprendo que la información que obtenga la Autoridad de Viviendas será guardada en forma confidencial y será usada sólo para determinar si la ayuda debería ser dada.**

Firma del miembro de la familia que pide acomodación

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Por favor complete y devuelva este formulario lo más pronto que pueda. Si tiene alguna pregunta sobre cómo completarlo, por favor llame a nuestras oficinas al (831) 454-5955, de lunes a jueves, entre las 8:00 y las 16:45 horas, y los viernes entre las 8:00 y las 12:00 horas.