



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

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. Si está solicitando una extensión para buscar vivienda, recibió un comprobante de discapacitado y médicamente vulnerable (DMV) a través del programa 180/220 o del Centro de Servicio de Vivienda (HSC)?  
 Sí  No  desconocido
5. ¿Tiene un abogado local/trabajador social?  Sí  No
6. Cuál es el nombre de esa persona: \_\_\_\_\_
7. Cuál es su número de teléfono: \_\_\_\_\_

8. 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 llame a la Autoridad de Viviendas al (831) 454-9455, extensión 317, de lunes a jueves, de 8:00 AM – 4:30 PM.

**This section for Administrative purposes only**  
Authorizing  
Person's  
Initials: