



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 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.

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