

**CHICOPEE HOUSING AUTHORITY**

128 Meetinghouse Rd., Chicopee, MA 01013-1830

**SOLICITUD DE ADAPTACIONES RAZONABLES**

\_\_\_\_\_  
Líder del grupo familiar ( )  
Teléfono

Solicitante: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona que solicita las adaptaciones razonables, en caso de que sea una persona distinta al solicitante, en letra molde)

\_\_\_\_\_  
Dirección Número de residente

\_\_\_\_\_  
Firma (del jefe del grupo familiar, otro solicitante o representante autorizado del solicitante)

Una discapacidad se define, en parte, como un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida; una historia de haber tenido este tipo de impedimento; o que se le atribuya tal impedimento.

Un residente de vivienda pública puede solicitar una modificación en su unidad actual o un traslado a una unidad que ya ha sido modificada (en el desarrollo del residente o en otro desarrollo). Un solicitante, residente o participante del programa puede solicitar ayuda o cambiar una práctica, regla, política, procedimiento, programa o servicio de Chicopee Housing Authority ("CHA").

CHA trabajará con el solicitante, residente o participante del programa para determinar cómo realizar la solicitud de Adaptaciones Razonables. CHA puede exigir documentación para respaldar la(s) solicitud(es) de adaptaciones razonables.

1. El siguiente es el nombre del miembro del hogar que tiene una discapacidad y necesita adaptaciones razonables:

Nombre: \_\_\_\_\_

2. Debido a la discapacidad del miembro de la familia mencionado anteriormente, se necesitan los siguientes cambios o asistencia (adaptaciones razonables) para que la persona pueda participar en un programa de CHA con la misma facilidad o éxito que otros participantes del programa.

Marque el tipo de cambio(s) que necesita.

- Un cambio o característica especial en una vivienda, edificio o propiedad de CHA.
- Asistencia o cambio en una práctica, regla, política, procedimiento, programa o servicio de CHA.

Somos un proveedor de vivienda con igualdad de oportunidades. No discriminamos por motivos de raza, edad, color, credo, religión, sexo, discapacidad, estado civil, orientación sexual, identidad de género, país de origen o discapacidad.



3. Describa el problema que el miembro de la familia mencionado en el punto 1 tiene o podría tener con una vivienda, edificio, propiedad, práctica, regla, política, procedimiento, programa o servicio de CHA:

---

---

4. Describa el tipo de cambio o asistencia (acomodación razonable) que se requiere:

---

---

5. Describa cómo este cambio o asistencia ayudará con el problema:

---

---

6. Indique la fuente de verificación con la que CHA puede comunicarse para verificar que el miembro del hogar mencionado en el punto 1 tiene una discapacidad y necesita una adaptación razonable.

---

Nombre del proveedor de cuidado médico/autoridad de documentación	Título
---	--------

---

Compañía

---

Dirección	Teléfono
-----------	----------

---

Ciudad, estado	Código postal	Fax
----------------	---------------	-----

Nota: Los individuos pueden obtener una copia de las Políticas y Procedimientos de Adaptaciones Razonables de CHA, a pedido, de los Gerentes de Vivienda Pública. También se pueden obtener copias adicionales de este formulario de solicitud a través de la Coordinadora de la Sección 504:

Coordinadora de la sección 504, 128 Meetinghouse Rd.  
Chicopee, Massachusetts 01013-1830  
Teléfono: (413) 592-6132 Fax: (413) 594-7750

## **CHICOPEE HOUSING AUTHORITY**

128 Meetinghouse Rd., Chicopee, MA 01013-1830

### **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON ADAPTACIONES RAZONABLES**

RE: Miembro del hogar que presenta una discapacidad:

---

Por este medio autorizo la divulgación de información a el programa de vales Chicopee Housing Choice Voucher Program (CHA) con respecto a la solicitud de adaptaciones razonables descrita en este formulario. Esta divulgación constituirá una autorización limitada para la divulgación de información, según se describe a continuación.

Por este medio autorizo a los representantes de CHA a consultar por escrito, en persona o por teléfono, acerca de la(s) discapacidad(s) física(s) o mental(es) que afirmo que reúno para calificar como una persona con una discapacidad con el único propósito de esta solicitud de adaptaciones razonables.

Para los fines de esta Autorización, una "Persona que califica como persona con discapacidad" se define como una persona que tiene un impedimento físico o mental que:

1. Limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida
2. Tiene antecedentes de tal impedimento
3. Es considerado como que tiene un impedimento

“Un impedimento físico o mental” se define como:

1. Cualquier trastorno o condición fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los sistemas corporales, incluyendo, entre otros: órganos neurológicos, musculoesqueléticos, órganos sensoriales especiales, órganos respiratorios y del habla, o
2. Cualquier trastorno mental o psicológico, como retraso mental, síndrome cerebral orgánico, trastornos emocionales o mentales y discapacidades específicas de aprendizaje.

El término "Discapacidad Física o Mental " incluye, entre otros, enfermedades y condiciones tales como deficiencias de la vista, del habla y del oído, epilepsia, esclerosis múltiple, cáncer, etc.

“Las actividades importantes de la vida” incluyen funciones tales como cuidar de sí mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar.

“Tener antecedentes de tal impedimento (físico o mental)” se refiere a contar con un historial de discapacidad física o mental, o que se considere erróneamente que tenga este tipo de discapacidades, que limiten sustancialmente una o más de las actividades importantes de la vida.

---

Somos un proveedor de vivienda con igualdad de oportunidades. No discriminamos por motivos de raza, edad, color, credo, religión, sexo, discapacidad, estado civil, orientación sexual, identidad de género, país de origen o discapacidad.



“Considerar que tiene un impedimento” significa:

1. Tiene un impedimento físico o mental que no limita substancialmente una o más actividades importantes de la vida pero que un receptor considera que constituye tal limitación.
2. Tiene un impedimento físico o mental que limita substancialmente una o más actividades importantes de la vida sólo como resultado de las actitudes de otros hacia el impedimento.
3. No tiene ninguno de los impedimentos definidos por la definición de "impedimento físico o mental" de la Sección 504, pero un receptor lo trata como si tuviera dicho impedimento.

Además, autorizo a \_\_\_\_\_ a proporcionar solamente la documentación que sea necesaria para verificar que cumpla con la definición de "Persona que califica como persona con discapacidad", conforme a la definición anterior.

Esta Autorización únicamente autoriza la divulgación de la información necesaria para verificar lo siguiente:

1. Documentación necesaria para verificar que la persona cumple con las definiciones mencionadas anteriormente;
2. Una descripción de la adaptación necesaria; y,
3. Una descripción de la relación entre mi discapacidad y la(s) adaptación(es) solicitada(s).

Esta Autorización para la Divulgación de Información sólo debe solicitar la información que sea necesaria para determinar si la adaptación razonable solicitada es necesaria debido a una discapacidad.

Esta Autorización **no** autoriza a CHA a examinar mi historia médica, incluyendo diagnósticos o resultados de pruebas; tampoco autoriza la divulgación de información detallada sobre la naturaleza o severidad de mi discapacidad.

La información/documentación divulgada como resultado de esta Autorización se mantendrá confidencial y no se compartirá con nadie a menos que se requiera hacer o evaluar una declaración para conceder o negar una solicitud de adaptaciones razonables.

---

Nombre del miembro de la familia/padre/guardián legal (letra molde)

---

Relación con la persona con discapacidad

---

Firma

---

Fecha

**POR FAVOR PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**

---

Nombre del proveedor de cuidado médico/autoridad de documentación Título

---

Compañía

---

Dirección Teléfono

---

Ciudad, estado Código postal Fax

## VERIFICACIÓN DE ADAPTACIONES RAZONABLES

\_\_\_\_\_  
Líder del grupo familiar (nombre en letra molde)

\_\_\_\_\_  
Número de residente

### Re: Solicitud de adaptaciones razonables

Para: \_\_\_\_\_

(Nombre en letra molde del miembro de la familia para quien se hace la solicitud)

\_\_\_\_\_  
Teléfono

Favor devolver a:

\_\_\_\_\_  
(Nombre del empleado de CHA) Teléfono de CHA: (413) 592-6132

Chicopee Housing Authority  
128 Meetinghouse Rd.  
Chicopee, Massachusetts 01013-1830

### La fuente de verificación designada deberá llenar esta sección:

1. El individuo que busca una adaptación es una persona con una discapacidad de acuerdo con la siguiente definición: "Discapacidad" se define como un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida; los antecedentes de tener dicho impedimento o de que se considere que tiene dicho impedimento.

SÍ    NO

2. Describa el (los) problema(s) que la persona está teniendo con la vivienda, edificio, propiedad, práctica, regla, política, procedimiento, programa o servicio de CHA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿La(s) persona(s) que está(s) solicitando la adaptación razonable cumple con la definición de discapacidad del punto 1?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Describa el tipo de cambio(s), característica(s) o asistencia que necesita:

---

---

---

---

---

5. Por favor, describa la relación entre las limitaciones funcionales de la persona y las adaptaciones solicitadas. No proporcione detalles innecesarios sobre los antecedentes médicos o el estado de discapacidad de la persona que solicita adaptaciones.

---

Nombre de la fuente de verificación

Título

---

Compañía

---

Firma

---

Dirección

---

Teléfono

Fax