

SOLICITUD DE ACOMODACIÓN RAZONABLE

Este formulario es proporcionado únicamente para su conveniencia. No es necesario que use ese formulario para realizar una solicitud de acomodación razonable. Usted puede realizar una solicitud de acomodación razonable utilizando su propio formulario o de forma verbal.

Su nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, CP _____

Nº de teléfono _____

1. El siguiente miembro de mi hogar padece una discapacidad:

2. Por favor proporcione el/los siguiente/s cambio/s para que la persona anteriormente mencionada pueda vivir aquí tan fácil y exitosamente como el resto de los residentes. Marque el tipo necesario:

_____ Un cambio en el apartamento o en otra parte del complejo residencial.

(Díganos abajo qué se necesita. Use el reverso, si es necesario).

_____ Un cambio en la siguiente norma o en la manera de hacer las cosas. Entiendo que puedo solicitar cambios en cómo cumplir con los términos del alquiler, pero que todo el mundo debe continuar cumpliendo con los términos del alquiler.

(Díganos abajo qué se necesita. Use el reverso, si es necesario.)

3. Por favor, díganos qué acomodación se necesita:

4. Esta acomodación se necesita porque:

(por favor no divulgue la naturaleza o gravedad de la discapacidad)

5. Si ha pedido una modificación física del apartamento, por favor use este espacio para enumerar cualquier compañía u organización que pueda ayudarnos a encontrar lo que necesita.

Firmado: _____ Fecha: _____

A fin de satisfacer mejor su solicitud, entregue el formulario *“Certificado de necesidad de acomodación o modificación razonable”* a un profesional de la salud certificado u otra persona de confianza en condiciones de conocer y verificar la necesidad de acomodación relacionada con la discapacidad.

Por favor llámenos en cualquier momento al (208) 570-6830 si tiene preguntas sobre cómo realizar una solicitud de acomodación o sobre el estado de su solicitud.

Ciudad de Boise
División de Vivienda y Desarrollo Comunitario
150 North Capitol Boulevard
Boise, Idaho 83702

CERTIFICACIÓN DE NECESIDAD DE ACOMODACIÓN O MODIFICACIÓN RAZONABLE

Inquilino / Nombre del candidato:

Dirección:

Teléfono:

Por la presente solicito que usted complete la siguiente certificación y me la devuelva a la dirección anteriormente mencionada.

Firmado: Fecha:

A completar por un profesional de la salud certificado u otra persona de confianza en condiciones de conocer y verificar la necesidad de acomodación relacionada con la discapacidad.

1. ¿Opina que conoce al inquilino / candidato lo suficiente como para opinar sobre las limitaciones prácticas impuestas por la discapacidad que pueda tener y las necesidades de acomodación?
 Sí No
2. En mi opinión y aplicando la definición en la parte inferior de la página 2, este inquilino / candidato está discapacitado.
 Sí No
3. ¿La discapacidad del inquilino / candidato requiere que se ponga a su disposición **una unidad accesible** cuando esté disponible o que se realice **una modificación física** en la unidad o áreas comunes?
 Sí No

En caso afirmativo, el/los siguiente/s cambio/s al apartamento o áreas comunes son necesarios, como resultado directo de una discapacidad, para que el inquilino / candidato tenga las mismas oportunidades de vivienda:

Por favor explique por qué esta acomodación es necesaria sin divulgar la naturaleza o gravedad de la discapacidad (p. ej. el nexo entre la discapacidad y la acomodación solicitada). No proporcionar información relacionada con el nexo puede retrasar la decisión respecto a la solicitud de acomodación.

4. ¿La discapacidad del inquilino / candidato requiere que se realice una acomodación razonable a las **políticas o procedimientos** del departamento de vivienda para que el inquilino / candidato tenga las mismas oportunidades para vivir exitosamente en esta vivienda?
 Sí No

En caso afirmativo, la siguiente acomodación a las políticas o procedimientos es necesaria, como resultado directo de una discapacidad, para que el inquilino / candidato tenga las mismas oportunidades de vivienda:

Por favor explique por qué esta acomodación es necesaria sin divulgar la naturaleza o gravedad de la discapacidad (p. ej. el nexo entre la discapacidad y la acomodación solicitada). No proporcionar información relacionada con el nexo puede retrasar la decisión respecto a la solicitud de acomodación.

5. Si se solicita equipo especializado como parte de la acomodación razonable, por favor díganos dónde se puede conseguir dicho equipo:
-
-

Fecha: _____

Firma

Nombre en imprenta

Cargo (si corresponde)

Dirección

Teléfono

“DISCAPACITADO” SE DEFINE SEGÚN LAS REGULACIONES FEDERALES (24 CFR §100.201) DE LA SIGUIENTE MANERA:

(como referencia para determinar si el inquilino cumple con la definición de “discapacitado”)

“Discapacitado” significa, con referencia a una persona, un impedimento físico o mental que substancialmente limita una o más actividades esenciales de la vida; un registro de dicho impedimento; o se considera que padece dicho impedimento. Este término no incluye el uso actual e ilegal de drogas o su adicción a ellas. Con fines de esta parte, no se considerará que un individuo padece un impedimento solamente porque ese individuo es un travesti. Conforme al uso en esta definición:

- (a) “Impedimento físico o mental” incluye:
- (1) Cualquier condición o trastorno psicológico, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecta a uno o más de los sistemas corporales: Neurológico; músculoesquelético; órganos sensoriales especiales; respiratorio, incluyendo órganos del habla; cardiovascular; reproductivo; digestivo; genito-urinario; hemático linfático; piel; y endocrino; o
 - (2) Cualquier trastorno mental o psicológico, tal y como retraso mental, síndrome orgánico cerebral, trastorno emocional o mental, y dificultades de aprendizaje específicas. El término “impedimento físico o mental” incluye, pero no se limita a, trastornos y condiciones tales como impedimentos ortopédicos, visuales, del habla y del oído, parálisis cerebral, autismo, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, enfermedades del corazón, diabetes, infección del virus de inmunodeficiencia humana, retraso mental, trastorno emocional, drogadicción (aparte de la adicción causada por el uso actual e ilegal de drogas) y alcoholismo.
- (b) “Actividades esenciales de la vida” significa funciones tales como cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar.
- (c) “Tiene un registro de dicho impedimento” significa tener un historial de, o haber sido erróneamente clasificado como alguien que tiene, un impedimento mental o físico que substancialmente limita una o más actividades esenciales de la vida.
- (d) “Se considera que padece dicho impedimento” significa:
- (1) Tiene un impedimento físico o mental que no limita substancialmente una o más actividades esenciales de la vida pero es tratado por otra persona como si constituyera dicha limitación;
 - (2) Tiene un impedimento físico o mental que limita substancialmente una o más actividades esenciales de la vida solo como resultado de las actitudes de los demás con respecto a dicho impedimento; o
 - (3) No padece ninguno de los impedimentos definidos en el párrafo (a) de esta definición pero es tratado por otra persona como si padeciera dicho impedimento.