



## HIALEAH HOUSING AUTHORITY

75 EAST 6<sup>TH</sup> STREET, HIALEAH, FL 33010  
TEL.: 305-888-9744 - FAX: 305-887-8738  
TELETIPO (TTY): 1.800.877.8339 • ESPAÑOL: 1.800.845.6136



**MAIDA GUTIERREZ, CHAIRPERSON**  
**MARIO DIAZ, VICE-CHAIRMAN**  
**FARA ALVAREZ, COMMISSIONER**  
**BARBARA HERNANDEZ, COMMISSIONER**  
**JUAN JUNCO, COMMISSIONER**

**JULIO PONCE**  
**EXECUTIVE DIRECTOR**

**Dokiman sa a enpotan, tradui li tousuit!**

### SOLICITUD DE ADAPTACIÓN RAZONABLE

JEFE DE HOGAR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

SOLICITANTE: \_\_\_\_\_  
(SI NO ES EL JEFE DE HOGAR, INDIQUE EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA ADAPTACIÓN RAZONABLE EN LETRA DE IMPRENTA)

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ NO. DE INQUILINO: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
(JEFE DE HOGAR, OTRO SOLICITANTE, OTRO SOLICITANTE  
U OTRO 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 su vida diaria; un registro donde conste que se tiene tal impedimento o que se considere que se tiene tal impedimento.

Un residente de Vivienda Pública podrá solicitar el cambio de su unidad actual o un traslado a una unidad que ya ha sido modificada (en la urbanización del residente o en otra urbanización). Un solicitante, residente o participante del programa podrá pedir asistencia o una modificación con respecto a una práctica, norma, política, procedimiento, programa o servicio de la Autoridad de Vivienda De Hialeah («HHA»).

HHA trabajará con el solicitante, residente o participante del programa para determinar cómo proporcionar la solicitud de adaptación razonable. Es posible que HHA solicite documentación para respaldar la(s) solicitud(es) de adaptación razonable.

1. A continuación se detalla el nombre del cabeza de familia u otro miembros de la familia con una discapacidad que necesita una adaptación razonable:

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

2. Debido a la incapacidad del integrante del hogar antes mencionado, se necesita el/los siguiente(s) cambio(s) o asistencia (adaptación razonable) para que esta persona pueda participar en un programa de HHA con la misma facilidad o éxito que otros participantes del programa.

Compruebe los tipos de modificaciones que usted necesita.



[ ] Una modificación o una característica especial en una vivienda, edificio o propiedad de HHA. Nota: Si usted es un participante del programa Sección 8, debe presentar este tipo de solicitudes a su propietario.

[ ] Asistencia o modificación con respecto a una práctica, regla, política, procedimiento, programa o servicio de HHA.

3. Describa el problema que tiene, o que podría tener, el integrante del hogar identificado en la pregunta 1 con una vivienda, edificio, propiedad, práctica, regla, política, procedimiento, programa o servicio de HHA:

---

---

4. Describa el tipo de modificación o asistencia (adaptación razonable) requeridas:

---

---

5. Describa cómo esta modificación o asistencia ayudarán con el problema:

---

---

6. Indique la fuente de verificación con quien HHA puede ponerse en contacto para verificar que el integrante del hogar indicado en la pregunta 1 tiene una discapacidad y necesita una adaptación razonable.

---

---

Nombre del Prestador de Atención Médica/Agencia proporcionando la Documentación

Empresa

Dirección

Número telefónico

Número de Fax

Nota: Quien lo solicite, podrá obtener una copia de las Políticas y Procedimientos de Adaptación Razonable de HHA de los Gerentes de Sitio de Vivienda Pública, los Especialistas en Alquiler y Contratos de la Sección 8 y el Coordinador de la Sección 504. También podrá obtener copias adicionales de este formulario de solicitud del Coordinador de la Sección 504:

Yinet Ortega  
75 East 6<sup>th</sup> Street, Hialeah, Florida 33010  
Teléfono: (305) 888-9744 Fax: (305) 882-5812 o (305) 887-2216

Advertencia: Título 18, Código de Estados Unidos Sección 1001, establece que una persona que a sabiendas y voluntariamente haga declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento u organismo de los Estados Unidos es culpable de un delito grave. La ley del Estado también puede proporcionar sanciones por declaraciones falsas o fraudulentas.





## **HIALEAH HOUSING AUTHORITY**

75 EAST 6<sup>TH</sup> STREET, HIALEAH, FL 33010  
TEL.: 305-888-9744 - FAX: 305-887-8738  
TELETIPO (TTY): 1.800.877.8339 • ESPAÑOL: 1.800.845.6136



**MAIDA GUTIERREZ, CHAIRPERSON**  
**MARIO DIAZ, VICE-CHAIRMAN**  
**FARA ALVAREZ, COMMISSIONER**  
**BARBARA HERNANDEZ, COMMISSIONER**  
**JUAN JUNCO, COMMISSIONER**

**JULIO PONCE**  
**EXECUTIVE DIRECTOR**

**Document sa li importante anpil traduite inmediatamente!**

### **ADAPTACIÓN RAZONABLE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

REF.: Cabeza de familia u otros miembros de familia con una discapacidad:

(ACLARACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA)

Por la presente autorizo la Autoridad de Vivienda De Hialeah (“HHA”), a divulgar información con referencia a la adaptación razonable descrita en este formulario. Esta autorización constituye una autorización limitada para la divulgación de información, según se describe a continuación.

Por la presente autorizo a consultar con los representantes de HHA, por escrito, en persona o por teléfono, con respecto a la(s) discapacidad(es) física(s) o mental(es) que declaro para calificar como una persona con discapacidad, con el único propósito de presentarlo para los fines de esta solicitud de adaptación razonable.

A efectos de esta Autorización, un «Individuo Calificado con una Discapacidad» se define como una persona que tiene un impedimento físico o mental que:

1. Limita sustancialmente una o más actividades importantes de su vida diaria
2. Cuenta con un registro donde consta que tiene tal impedimento
3. Se considera que tiene un impedimento

«Un Impedimento Físico o Mental» se define como:

1. Cualquier trastorno o enfermedad fisiológica, desfiguración estética o pérdida anatómica que afecta uno o más de los sistemas del cuerpo esto incluye, entre otros: órganos neurológicos, musculoesqueléticos, sensoriales especiales, respiratorios y del habla o
2. Cualquier trastorno mental o psicológico, por ejemplo, retraso mental, síndrome orgánico cerebral, enfermedad emocional o mental y discapacidades específicas de aprendizaje.

El término «discapacidad física o mental» incluye, entre otras, las enfermedades y condiciones como por ejemplo, los impedimentos visuales, auditivos y del habla, epilepsia, esclerosis múltiple, cáncer, etc.



Entre las «Actividades Importantes de su Vida Diaria» se incluyen funciones tales como el cuidado personal, la realización de tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar.

«Cuenta con un Registro donde consta que tiene tal Impedimento (mental o físico)», significa que tiene un historial o ha sido incorrectamente clasificado como que presenta un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de su vida diaria.

«Se considera que tiene un Impedimento», implica que:

1. Tiene un impedimento físico o mental que no limita sustancialmente una o más actividades importantes de su vida diaria, pero es tratado por un destinatario como si tuviera esa limitación.
2. Tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de su vida diaria, sólo como resultado de las actitudes de los demás con respecto a ese impedimento.
3. No tiene ninguno de los impedimentos incluidos en la definición de «impedimento físico o mental» de la Sección 504, pero es tratado por un destinatario como si lo tuviera.

Además, autorizo a \_\_\_\_\_ (Nombre del proveedor de atención médica/Agencia proporcionando documentación) para consultar con representantes de HHA, por escrito, en persona o por teléfono en relación con el deterioro físico o mental que afirmo padecer para calificar como un individuo con una discapacidad con el único propósito de este ajuste razonable.

Esta autorización únicamente permite la divulgación de la información necesaria para verificar lo siguiente:

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

Esta Autorización para Divulgar Información sólo debe buscar la información necesaria para determinar si la adaptación razonable solicitada es necesaria debido a una discapacidad.

Esta autorización *no* autoriza a HHA a examinar mis registros médicos, esto incluye los resultados de diagnósticos o análisis. Tampoco autoriza la divulgación de información detallada acerca de la naturaleza o gravedad de mi discapacidad.

La información/documentación divulgada por motivo de la presente Autorización permanecerá en calidad de confidencial y no se compartirá con nadie, a menos que fuera necesario a fin de tomar o evaluar una decisión para conceder o denegar una solicitud de adaptación razonable.

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre del solicitante/Cabeza de la Familia  
u tutor legal pidiendo el ajuste razonable

\_\_\_\_\_  
Relación con la Persona con Discapacidad

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Nombre del Prestador de Atención Médica/  
Autoridad a cargo de la Documentación

Cargo

Empresa

Dirección

Número telefónico

Ciudad Estado Código Postal

Número de Fax





## HIALEAH HOUSING AUTHORITY

75 EAST 6<sup>TH</sup> STREET, HIALEAH, FL 33010

TEL.: 305-888-9744 - FAX: 305-887-8738

TELETIPO (TTY): 1.800.877.8339 • ESPAÑOL: 1.800.845.6136



**MAIDA GUTIERREZ, CHAIRPERSON**  
**MARIO DIAZ, VICE-CHAIRMAN**  
**FARA ALVAREZ, COMMISSIONER**  
**BARBARA HERNANDEZ, COMMISSIONER**  
**JUAN JUNCO, COMMISSIONER**

**JULIO PONCE**  
**EXECUTIVE DIRECTOR**

### VERIFICACIÓN DE ADAPTACIÓN RAZONABLE

JEFE DE HOGAR: \_\_\_\_\_ No. DE INQUILINO: \_\_\_\_\_  
(ACLARACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA)

Ref.: Solicitud de Adaptación Razonable

PARA: \_\_\_\_\_ NÚMERO TELEFÓNICO: \_\_\_\_\_  
(NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL INTEGRANTE  
DEL HOGAR PARA QUIEN SE REALIZA LA SOLICITUD)

ENTREGAR A: \_\_\_\_\_ HHA Número: (305) 888-9744  
(NOMBRE DEL EMPLEADO DE HHA)

Hialeah Housing Authority  
75 East 6<sup>th</sup> Street  
Hialeah, Florida 33010

**“Por favor escribir legible”**

***LA SIGUIENTE SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR LA FUENTE DE VERIFICACIÓN DESIGNADA:***

1. El individuo que busca una adaptación es una persona con una discapacidad conforme a la siguiente definición: «Discapacidad» se define como un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de su vida diaria, un registro donde conste que se tiene tal impedimento o que se considere que se tiene tal impedimento.

SÍ                       NO

2. Describa el/los problema(s) que tiene o podría tener la persona con respecto a una vivienda, edificio, propiedad, práctica, regla, política, procedimiento, programa o servicio de HHA:

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

3. ¿La(s) persona(s) que realiza(n) la adaptación razonable cumple(n) con la definición de discapacidad que se menciona en la pregunta 1. que antecede? \_\_\_\_\_
4. Describa el tipo de modificación, característica o asistencia que necesita:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Describa la relación entre las limitaciones funcionales de la persona y la adaptación solicitada. No proporcione detalles innecesarios sobre la historia clínica o condición de discapacidad de la persona que busca una adaptación.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Para una solicitud de Live-In-Aide “solamente” por favor conteste las siguientes preguntas:**

1. ¿Es un live-in-aide “esencial” para el cuidado y el bienestar del paciente?  
 Sí  No Temporal  duración \_\_\_\_\_ o Permanente
2. Si la respuesta a la pregunta 1 es “Sí”, por favor explique lo que el live-in-aide tiene que hacer que es “esencial” para la atención del paciente y su bienestar.

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

Yo, \_\_\_\_\_, (Nombre del médico) por la presente certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta basada en mi conocimiento médico y profesional.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Date

Nombre de la organización/Practica: \_\_\_\_\_

Título de la fuente de verificación: \_\_\_\_\_

No. De Licencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Advertencia: Título 18, Código de Estados Unidos Sección 1001, establece que una persona que a sabiendas y voluntariamente haga declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento u organismo de los Estados Unidos es culpable de un delito grave. La ley del Estado también puede proporcionar sanciones por declaraciones falsas o fraudulentas.**

