

Hoja de trabajo informativa de adaptaciones razonables

Aviso de su derecho a adaptaciones razonables

Si usted es una persona con discapacidades y necesita:

- Un cambio de una política, práctica o procedimiento que podría darle una oportunidad justa de acceder al programa de vivienda y/o
- Un cambio, en la manera en la que nos comunicamos con usted o le proporcionamos información, usted puede solicitar esta clase de cambios, a lo cual se le denomina una "adaptación razonable".

Nota: Si usted requiere una adaptación razonable respecto a su acceso a una propiedad o unidad de vivienda específica, O BIEN, sin necesita una modificación razonable, es decir, un cambio físico en la propiedad o unidad, por favor haga llegar su solicitud al propietario o administrador de la propiedad.

Su solicitud

Contacte al Departamento de Vivienda (*Department of Housing*) para solicitar una adaptación razonable. Se le pedirá que llene el Formulario de solicitud de adaptación razonable, el cual será usado por el Departamento para rastrear y verificar su solicitud. Solo deberá llenar la segunda página de este documento. Informe al personal si necesita ayuda para llenar el formulario.

Verificación de necesidad

Es POSIBLE que se le pida que nos permita verificar que usted es una persona con discapacidades, su necesidad de esta adaptación y la relación entre sus discapacidades y la solicitud.

Nuestra respuesta

Nosotros le daremos una respuesta en un plazo de 14 días a partir de la fecha de su solicitud, a menos que nos sea imposible obtener la información necesaria para procesar su solicitud o a menos que usted acepte un periodo más largo. Le notificaremos si necesitamos más información de su parte o si deseamos hablar sobre otras formas en las que podamos satisfacer sus necesidades.

Una solicitud de adaptación razonable puede ser denegada si su prestación no es razonable; es decir, si ello supondría una carga administrativa y financiera excesiva para el Departamento o si altera fundamentalmente la naturaleza del programa de vivienda. Si su solicitud es denegada, le explicaremos las razones por escrito y usted puede proporcionarnos más información si cree que sería de utilidad. También puede apelar nuestra decisión.

Confidencialidad

Toda la información proporcionada por usted será confidencial y únicamente se usará para ayudarnos a tomar una decisión. Es contra la ley que le neguemos algún servicio o tomemos represalias en su contra por haber hecho una solicitud de adaptación razonable.

Cómo apelar una decisión

Si usted NO está de acuerdo con nuestra decisión, puede enviar su apelación *por escrito* a: Department of Housing, Atn.: Michael Santoro, 505 Hudson St 2nd Floor, Hartford, CT 06106.

Formulario de adaptación razonable de CT811

Para uso exclusivo de la Agencia del DOH			
<input type="checkbox"/> Solicitante	<input type="checkbox"/> Fecha de recepción:	<input type="checkbox"/> Fecha de aprobación:	ID del cliente:
<input type="checkbox"/> Participante	<input type="checkbox"/> Fecha de verificación:	<input type="checkbox"/> Fecha de denegación:	

Petición del solicitante/participante para una adaptación razonable

Soy un Solicitante/Participante del programa CT811 y afirmo que tengo una discapacidad que limita mi capacidad para acceder de forma equitativa al programa de vivienda.

Nombre del Solicitante/Participante:
Dirección:
Teléfono:

A causa de mi discapacidad, solicito la(s) siguiente(s) adaptación(es) razonable(s):

- Un cambio en una política, práctica o procedimiento: (especifique)

- Un cambio, en la manera en la que se comunican conmigo o me proporcionan información: (especifique)

Verificación de un tercero

El siguiente tercero profesional puede verificar mi solicitud. (Mencione a un profesional médico o de la salud mental, lo cual puede incluir a un trabajador social clínico)

Nombre del profesional:
Nombre de la compañía/organización:
Dirección:
Teléfono:
Fax:

Autorización para la divulgación de información

Autorizo al Departamento de Vivienda del Estado de Connecticut para que contacte al tercero profesional antes mencionado para verificar que estoy discapacitado, que necesito esta adaptación y que existe una relación entre mi discapacidad y esta solicitud.

Firma: _____ Fecha: _____

Formulario de adaptación razonable de CT811

Verificación

El solicitante/participante que firmó este formulario ha solicitado una o más adaptaciones razonables y le mencionó a usted como tercero profesional que puede verificar esta solicitud. Por favor, responda las siguientes preguntas

- A. ¿Considera usted que la persona es alguien con una discapacidad física o mental que limita considerablemente una o más de las actividades principales de la vida cotidiana, alguien que tiene un registro de dicha discapacidad o alguien considerado como afectado por dicha discapacidad?

Sí

No

No puede verificarlo

- B. ¿Cree que la adaptación es necesaria, está relacionada con la discapacidad de la persona y que logrará su propósito declarado?

Sí

No

No puede verificarlo

- C. ¿Existe alguna otra información que nos ayudaría a hacer la adaptación adecuada para esta persona? (Absténgase de hablar del diagnóstico de esta persona o de cualquier otra información que no sea directamente relevante a la solicitud de adaptación.)

Nombre de la persona que proporciona la información:

Título, compañía/organización:

Firma: _____ Fecha: _____

ADVERTENCIA: La sección 1001 del título 18 del Código de los Estados Unidos tipifica establece que hacer intencionalmente declaraciones falsas o distorsionadas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos o a cualquier instancia dentro de su jurisdicción constituye un delito.