



Boston Housing Authority
 52 Chauncy Street
 Boston, Massachusetts 02111-02375

617-988-4000
 TDD 1-800-545-1833 Ext. 420

**FORMULARIO DE PETICION DE ACOMODACION RAZONABLE DE
 LA DIVISION DE VIVIENDAS ALQUILADAS (LEASED HOUSING DIVISION)**

NOMBRE: _____ TELEFONO: _____
 DIRECCION: _____

1. El siguiente miembro de la familia tiene una discapacidad como definida a continuación:
 (Un impedimento físico o mental que substancialmente limita una o más actividades de la
 vida diaria; o un record de tal impedimento o considerado como teniendo tal impedimento)
 Nombre: _____
 Relación con usted: _____

2. Como resultado de esta discapacidad estoy pidiendo la siguiente acomodación
 razonable: (Por favor marque una o más cajas a continuación.):

Un cambio en la siguientes regla, política o procedimiento. (Note que un
 cambio en cómo cumplir con las obligaciones del programa puede ser pedido, pero
 las obligaciones del programa tienen que ser cumplidas.) Por favor especifique:

Otro (por ejemplo, un cambio a la manera en que BHA se comunica con
 usted) Por favor especifique:

3. Esta petición para acomodación razonable es necesaria para yo poder: (por favor
 especifique)

4. Yo autorizo a Boston Housing Authority a verificar que yo tenga una discapacidad o
 desventaja y que tenga la necesidad para la acomodación razonable que he pedido.
 Para poder verificar esta información BHA puede contactar al siguiente médico,
 psiquiatra, psicólogo con licencia, enfermero(a) con licencia, profesional de
 rehabilitación, o una agencia cualificada la cual provee servicios a personas
 discapacitadas o algún otro experto en el área de trabajo de _____.
 (Aviso: Usted puede proveer verificación a BHA directamente)

Nombre y Título de Profesional o experto(a): _____

Agencia, Facilidad o Institución (Si aplica): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Yo entiendo que la información obtenida por BHA será mantenida completamente
 confidencial y usada solamente para hacer una determinación acerca de mi petición de
 acomodación razonable. Por favor devuelva este formulario lo más pronto posible para
 que BHA pueda hacer una determinación acerca de esta petición.

Firma: _____ Fecha: _____
 [Jefe de Familia o representante autorizado]

*Si está firmando por un menor, por favor indique si usted es el pariente o guardián. Si la
 persona con la discapacidad o desventaja es mayor de 18 años de edad y no es jefe de
 familia, él o ella debe firmar la autorización para verificación.

RA Form #2

