



Solicitud de vivienda permanente de apoyo de HSH

Adjunto 1: Cuestionario de adaptación(es) razonable(s) [a llenar por el personal]

No. de Sistema ONE:	
----------------------------	--

Nombre completo del cliente:			
Nombre preferido del cliente:		Pronombres preferidos: <i>(ej: ella/la/suya)</i>	

Sección 1. Adaptación(es) razonable(s)			
Estoy solicitando la(s) siguiente(s) adaptación(es) razonable(s) en virtud de la sección 504 de la Ley de Rehabilitación y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades:			
Sí	No	Adaptación(es): <i>Enumere y describa brevemente todas las solicitudes de adaptaciones.</i>	Documentación subida al Sistema ONE:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animal(es) de servicio: Nota: consulte las definiciones del glosario. Si usted tiene actualmente uno o varios animales de servicio, llene la sección 2, a continuación.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animal(es) de apoyo: Nota: consulte las definiciones del glosario. Si usted tiene actualmente uno o varios animales de apoyo, llene la sección 2, a continuación.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad visual:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad auditiva:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impedimento de movilidad:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La unidad debe tener un diseño conforme a la Ley ADA:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El edificio debe tener un ascensor interior:	<input type="checkbox"/>



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El edificio debe ser accesible desde la calle según la Ley ADA (es decir sin escalones en la entrada):	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se requiere un baño en la unidad:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se requiere un asistente residente:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra adaptación:	<input type="checkbox"/>

Uso exclusivo del personal: la documentación requerida es una carta de un tercero de confianza que verifique la discapacidad para la que se solicita una adaptación razonable.

Nota: "Un médico u otro profesional de la medicina, un grupo de apoyo de compañeros, una agencia de servicios no médicos o un tercero de confianza que esté en condiciones de conocer la discapacidad de la persona también puede proporcionar la verificación de una discapacidad".¹

Sección 2. Animales de servicio y apoyo

¿Tiene usted un animal de servicio/apoyo? <i>Si contestó SÍ, incluya los siguientes datos de su animal de servicio:</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre:		
Sexo:		
Peso:		
Raza:		
No. de licencia:		
¿Está su animal de servicio/apoyo castrado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es este animal un animal de servicio o un animal de apoyo? <i>Nota: consulte las definiciones del glosario</i>	<input type="checkbox"/> Animal de servicio	<input type="checkbox"/> Animal de apoyo:

¹ Fuente: <https://www.hud.gov/sites/documents/huddojstatement.pdf>



¿Tiene usted otro animal de servicio/apoyo? <i>Si contestó SÍ, incluya los siguientes datos de su otro animal de servicio/apoyo:</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre:		
Sexo:		
Peso:		
Raza:		
No. de licencia:		
¿Está su animal de servicio/apoyo castrado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es este animal un animal de servicio o un animal de apoyo? <i>Nota: consulte las definiciones del glosario</i>	<input type="checkbox"/> Animal de servicio	<input type="checkbox"/> Animal de apoyo:



Sección 3. Certificaciones		
Certifico bajo pena de perjurio que la información mencionada en este formulario es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender. El abajo firmante entiende además que hacer manifestaciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta dará lugar a la posible cancelación de su oportunidad de vivienda.		
Nombre del cliente en letra molde (Jefe de familia/Solicitante principal):		Fecha:
Firma del cliente (Jefe de familia/Solicitante principal):		
Nombre del cliente en letra molde (segundo adulto):		
Firma del cliente (segundo adulto):		Fecha:
Miembro del personal (Nombre en letra de molde):	Puesto:	Organización:
Miembro del personal (Firma):	Firma:	Fecha:
Para uso exclusivo del personal: Se requiere la firma de cada miembro adulto (mayor de 18 años) del grupo familiar. Si hay más de dos (2) miembros adultos del grupo familiar, recoja la(s) firma(s) adicional(es) en el Anexo 2: Firma(s) adicional(es).		
Adjunto 2: Firma(s) adicional(es):		<input type="checkbox"/> adjunta