



**AUTORIDAD DE VIVIENDA DE LA
CIUDAD DE LOS ÁNGELES
CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN RAZONABLE**

Una persona con discapacidad(es) puede solicitar un cambio, una excepción o un ajuste a las normas, políticas, prácticas, procedimientos o modificaciones de las unidades de vivienda de HACLA o a sus áreas comunes como una adaptación razonable. Solicitar una adaptación no afecta la participación en el programa. **Este formulario debe ser completado y devuelto a HACLA como parte del proceso de solicitud y revisión anual pero puede ser solicitado y presentado en cualquier momento en que se necesite.**

Contacte a su trabajador de HACLA si necesita asistencia para llenar este formulario.

Nombre de Cabeza de Familia: _____ Registro # / Cliente # _____

Dirección: _____ Teléfono # _____

Datos de otro contacto escogido: _____

Por favor marque el cuadro apropiado, suministre la información necesaria, firme al final y envíe a HACLA.

1. ¿Alguna persona en su casa necesita una adaptación razonable?

No - Si es **Negativo**, complete el número 3 abajo

Si - Si es **afirmativo**, complete los números 1a, 1b, 1c, 2, y 3 abajo

1a. Escriba el nombre del miembro de familia que necesita la adaptación _____

1b. Describa la adaptación que se necesita _____

1c. ¿Esta solicitud es para cancelar una acción negativa tomada por HACLA porque la familia no cumplió con los requisitos del programa y la razón para no cumplir fue debido a la discapacidad de un familiar del hogar? No Sí

Si es **afirmativo**, ¿cómo evitó la discapacidad, el cumplimiento de las normas y requisitos del programa? *(Incluya las fechas que apliquen)* _____

2. Persona que pueda verificar la discapacidad y la necesidad relacionada con la discapacidad para la adaptación, tales como (pero no limitado a: un médico certificado, un terapeuta físico, un psiquiatra, un trabajador social, un trabajador del caso, o un consejero).

Nombre: _____

Agencia (si es aplicable): _____

Dirección: _____

Número telefónico: _____ Número de fax: _____

Correo Electrónico (si lo conoce): _____

3. Firma: Certifico que la información anterior es correcta:

Firma de Cabeza de Hogar o Compañero

Fecha

4. Por favor envíe el formulario completado a HACLA

For HACLA use only		Cal/Manager Code _____
Received by: _____	Date _____	Unit No. _____
Notes: _____		Reg./Client No. _____
		Review Month _____