Human Resources Administration
Department of Social Services

FORMULARIO DE PETICIÓN DE ARREGLO RAZONABLE (RAR)

Si usted está discapacitado(a) y necesita ayuda para participar en los programas y servicios de la HRA, puede solicitar un arreglo razonable. Algunos ejemplos de arreglos razonables son la programación de citas para evitar la hora punta, las citas prioritarias para minimizar el tiempo de espera en las oficinas de la HRA, y la asistencia para leer formularios y avisos. La HRA brinda arreglos razonables a las personas discapacitadas para garantizar que éstas reciban acceso eficaz a los programas, beneficios, y servicios de la HRA.

INSTRUCCIONES E INFORMACIÓN
➢ A fin de que la HRA pueda llegar a una determinación respecto a su petición de un arreglo razonable, favor de llenar y presentar **las páginas 2, 3 y 4** de este formulario a: Human Resources Administration Office of Constituent Services (OCS) 150 Greenwich Street, 35th Floor New York, NY 10007 Usted también puede faxear los formularios al **(212) 331-4685**, enviarlos correo electrónico a ConstituentAffairs@hra.nyc.gov, o presentar su petición a su trabajador.
➢ Usted debe presentar toda documentación médica que justifique su petición junto con este formulario o dentro de **veinte (20) días** de la fecha de la misma petición.
➢ Favor de pedirle a su proveedor médico que llene y firme el adjunto Formulario de Petición de Información Médica o la documentación médica apropiada y firmada en el membrete del proveedor médico, para que luego le devuelva a usted el formulario y/o la documentación.
➢ Usted es responsable de devolver a la HRA su documentación médica que justifique la presente petición.
➢ Si su(s) afección(es) médica(s) y/o psiquiátrica(s) le dificultan llenar este formulario, usted puede comunicarse con la HRA al **(212) 331-4640** para obtener asistencia.
➢ Si su(s) afección(es) médica(s) y/o psiquiátrica(s) le dificultan reunir la documentación médica para justificar su petición, usted debe comunicarse con la HRA al **(212) 331-4640** para obtener asistencia. Favor de llenar el adjunto Autorización HIPAA para la Divulgación de Información Médica Personal (**HRA-108 [S]**) formulario y de enviarlo a la Office of Constituent Services en **150 Greenwich Street, 35th Floor, New York, NY 10007.**
➢ La HRA le enviará a usted por correo un número de confirmación para acusar recibo de su Petición de Arreglo Razonable.
➢ La HRA revisará toda documentación proporcionada por usted y su proveedor médico y le enviará a usted un aviso por escrito sobre nuestra determinación respecto a su Petición de Arreglo Razonable.
➢ En la mayoría de los casos, usted recibirá el arreglo razonable solicitado mientras que la HRA esté evaluando su petición para llegar a una determinación final.
➢ Si a usted se le niega el arreglo razonable, o si usted no está satisfecho(a) con el arreglo concertado, puede interponer apelación ante el ADA Compliance Officer (Oficial de Cumplimiento) de la HRA dentro de **veinte (20) días** de la determinación. El formulario de determinación incluirá instrucciones para interponer la apelación.

Human Resources Administration
Department of Social Services

FORMULARIO DE PETICIÓN DE ARREGLO RAZONABLE (RAR)

Nombre (En Letra de Molde): _____ **Número del Caso**, de saberlo: _____

Número de Seguro Social, de saberlo: _____ **Número de Teléfono**: _____

Dirección Postal: _____ **Núm. de Centro**, de saberlo: _____

_____

Programa de la HRA, de saberlo: _____

1) ¿Se ha sometido usted a evaluación médica por el programa de WeCARE de la HRA durante el año en curso? ☐ Sí ☐ No

2) ¿Se ha presentado a la HRA una solicitud de vivienda de apoyo (HRA 2010e) a nombre suyo durante el año en curso? ☐ Sí ☐ No

3) ¿Recibe usted beneficios federales para discapacitados (SSI y/o SSDI)? ☐ Sí ☐ No

4) ¿Recibe usted Servicios de Atención Doméstica (Home Care Services) o tiene usted un Asistente Doméstico (Home Attendant)? ☐ Sí ☐ No

Si usted contestó “Sí” a la pregunta 4, favor de indicar el número de horas y de días a la semana que usted recibe servicios, al igual que la(s) razón(es) por la(s) cual(es) usted recibe atención doméstica.

5) Describa su afección médica o psiquiátrica, el arreglo razonable que usted está solicitando, y la razón por la cual lo necesita. (Adjunte hojas adicionales, de ser necesarias, al igual que cualquier información médica que usted elija proporcionar para justificar su arreglo solicitado.)

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre en Letra de Molde: _____

Firma del Representante Autorizado: _____ **Fecha:** _____

Nombre en Letra de Molde: _____

Human Resources Administration
Department of Social Services

FORMULARIO DE PETICIÓN DE INFORMACÓN MÉDICA

INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR MÉDICO
Su paciente ha solicitado que la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la Ciudad de Nueva York le facilite a él/ella un(a) arreglo/modificación razonable para poder obtener acceso eficaz a los programas, beneficios, y servicios de la HRA. Favor de proporcionar una descripción detallada de toda(s) afección(es) física(s) y/o psiquiátrica(s) específica(s) que afecte(n) la capacidad del paciente realizar ciertas tareas y participar en ciertas actividades, todo(a) arreglo/modificación razonable necesario(a), y la relación entre el/la arreglo/modificación y la discapacidad del paciente. Usted puede adjuntar información médica adicional a los formularios, según convenga. **Favor de devolver este formulario llenado al paciente.**

Nombre del Paciente (En Letra de Molde): _____ **Fecha de Nacimiento**: _____

Número de Seguro Social, de saberlo: _____ **Número del Caso**, de saberlo: _____

Nombre del Proveedor Médico: _____

Dirección del Proveedor Médico: _____ **Número de Teléfono del Proveedor Médico**: _____

_____

1) Favor de indicar la(s) afección(es) médica(s) y/o psiquiátrica(s) del paciente:

2) Favor de proporcionar una descripción detallada de toda restricción/limitación física y/o psiquiátrica específica que afecte la capacidad del paciente de realizar ciertas tareas y de participar en ciertas actividades. Favor de describir cómo la discapacidad afecta el funcionamiento cotidiano del paciente.

FORMULARIO DE PETICIÓN DE INFORMACÓN MÉDICA (Continuación)

3) Indique si la afección médica/psiquiátrica del paciente es permanente, crónica o temporaria. Si la(s) afección(es) del paciente es/son temporaria(s), favor de indicar la duración anticipada.

4) Indique el tratamiento, de haberlo, que el paciente actualmente recibe asociado con su(s) afección(es) médica(s) y/o psiquiátrica(s), incluido, pero sin limitarse a, todo medicamento o terapia.

5) Favor de describir el/la arreglo/modificación razonable que el paciente necesita y la relación entre el/la mismo(a) y la(s) afección(es) médica(s) y/o psiquiátrica(s) del cliente.

6) ¿Le dificulta al paciente la(s) afección(es) médica(s) y/o psiquiátrica(s) realizar las siguientes actividades? (En caso afirmativo, favor de describir en detalle las dificultades experimentadas por el paciente para cada casilla marcada):

☐ Caminar y/o subir escaleras. Describa: _____

_____

☐ Viajar y/o trasladarse por transporte público. Describa: _____

_____

☐ Funciones cognoscitivas (o sea, la concentración, memoria, comprensión). Describa: _____

_____

☐ Sentarse o pararse por períodos prolongados. Describa: _____

_____

☐ Estar en sitios concurridos. Describa: _____

_____

Firma del Proveedor Médico: _____ **Fecha:** _____

Número de Licencia del Proveedor Médico: _____