

AYUDA PARA LOS DISCAPACITADOS

¿Padece usted una discapacidad, afección médica o psiquiátrica que le dificulte solicitar u obtener beneficios de parte nuestra?

Por ejemplo:

- ¿Le dificulta la afección servirse del transporte público?
- ¿Necesita usted ayuda para trasladarse a las citas?
- ¿Le dificulta la afección esperar por largos ratos?
- ¿Le cuesta trabajo leer, entender o llenar formularios?
- ¿Necesita usted ayuda debido a un impedimento de la vista o de la audición?
- ¿Necesita usted ayuda de otra índole debido a su afección?

En caso afirmativo, tal vez le podamos ayudar. Esta ayuda se denomina arreglo razonable.

CÓMO SOLICITAR UN ARREGLO RAZONABLE



EN

PERSONA: Usted puede pedir ayuda al presentarse a una oficina o centro de la HRA.



LLAME AL: 212-331-4640

Usted también nos puede escribir o llenar la solicitud al revés de este formulario y presentárnosla por:



FAX: 212-331-4685



CORREO ELECTRÓNICO: ConstituentAffairs@hra.nyc.gov



CORREO POSTAL:
HRA
Office of Constituent Services
150 Greenwich street, 35th Floor
New York, NY 10007

¡OBTENGA AYUDA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO!

Usted puede obtener ayuda con este formulario o con su solicitud.

LLAME AL: 212-331-4640 o **VISITE:** su oficina o su centro de la HRA.

Pase esta página para llenar el Formulario de Solicitud de Arreglo Razonable. ➡

AYUDA PARA LOS DISCAPACITADOS FORMULARIO DE SOLICITUD DE ARREGLO RAZONABLE

¿Padece usted una discapacidad, afección médica o psiquiátrica que le dificulte solicitar u obtener beneficios de parte nuestra? **En caso afirmativo**, favor de llenar este formulario. **En caso negativo**, no necesita llenar este formulario.

SUS DATOS

Nombre y apellido: _____ Fecha: _____

Número del Caso: _____ Fecha
de Nacimiento: _____

Número de Teléfono 1: _____ Número de Teléfono 2 (de haberlo): _____

Dirección: _____

¿POR QUÉ NECESITA USTED AYUDA?

Explíquenos cómo su afección le dificulta el acceso a los beneficios y servicios de la HRA. (Si necesita más espacio para escribir, favor de juntar páginas adicionales.)

Elija QUÉ ayuda usted necesite debido a su afección:

<input type="checkbox"/> Ayuda para los ciegos o impedidos de la vista <input type="checkbox"/> Citas programadas para cuando usted puede ser acompañado(a) <input type="checkbox"/> Ningunas citas durante ciertos días y horas <input type="checkbox"/> Ninguna cita durante la hora punta <input type="checkbox"/> Tiempo de espera más corto <input type="checkbox"/> Transferencia de su caso al _____ centro <input type="checkbox"/> Otros arreglos que usted necesite para acceder servicios de la HRA. <i>Detalle:</i> _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ayuda para los sordos o impedidos de la audición <input type="checkbox"/> Interpretación de language de señas <input type="checkbox"/> Ninguna cita en oficinas mientras usted solicite Access-A-Ride <input type="checkbox"/> Ayuda para leer formularios <input type="checkbox"/> Ayuda para llenar formularios <input type="checkbox"/> Usted necesita que la HRA vaya a su casa para las citas <input type="checkbox"/> Mantenimiento de su caso en el _____ centro
--	--

¿Por cuánto tiempo piensa usted que necesite esta ayuda? _____

Usted no tiene que proporcionar prueba de su afección en este momento. Puede ser que posteriormente nosotros le pidamos documentación médica o clínica.

To be completed by HRA worker if submitted at an HRA location (Please give a copy to the client):

Date Received: _____ Location: _____

Name of HRA worker (Print) Signature