

合理便利安排申请表

说明：客户必须填写第 I 部分，并将此表连同支持文件一并提交给项目/机构主管或同等职位（“主管”）。所有主管在收到填妥的表格以及适当的医疗文件后，均须填写第 II 部分，并向客户寄回副本，然后立即将请求和支持文件传真至相应的计划管理员以及多样性与平等机会事务办公室 (Office of Diversity & Equal Opportunity Affairs)。

第 I 部分：（本部分必须由客户填写。）

姓名： _____

地址/机构/项目： _____

社会安全号码： _____ 电话： _____

描述申请的便利安排（视情况添加额外表格和支持文件）。

第 II 部分：（由主管或其指定人员填写。）

姓名/职务： _____

机构/项目： _____

地址： _____

电话： _____ 收件日期： _____

签名： _____

填妥本部分后，主管必须为客户提供此表格副本，并立即将请求传真至相应的计划管理员、计划分析员和多样性与平等机会事务办公室，地址 33 Beaver Street, New York, New York 10004/电话 212-361-7914/传真 212.361.7915/ ea@dhs.nyc.gov。



