

정당한 편의 제공 요청 양식

안내 사항: 의뢰인은 섹션 I을 작성하여 이 양식을 증빙 서류와 함께 프로그램/시설 책임자 또는 기술적으로 동등한 담당자("책임자")에게 제출해야 합니다. 적절한 의료 서류와 함께 작성된 양식을 수령한 모든 책임자는 섹션 II를 작성해 사본을 의뢰인에게 발송하고 요청 및 증빙 서류를 적절한 프로그램 관리자와 다양성 및 동등 기회 사안부에 팩스로 즉시 전송해야 합니다.

섹션 I: (아래는 반드시 의뢰인이 작성해야 합니다.)

이름: _____

주소/시설/프로그램: _____

소셜 시큐리티 번호: _____ 전화: _____

요청하는 편의 사항을 설명해 주십시오(필요에 따라 추가 시트 및 증빙 서류를 첨부하십시오).

섹션 II: (책임자 또는 책임자의 피지명인이 작성해야 합니다.)

이름/직함: _____

시설/프로그램: _____

주소: _____

전화: _____ 수령일: _____

서명: _____

이 섹션을 작성한 후 책임자는 이 양식의 사본을 고객에게 제공하고 해당 요청을 적절한 프로그램 관리자, 프로그램 분석관과 다양성 및 동등 기회 사안부(주소: **33 Beaver Street, New York, New York 10004**/ 전화: **212-361-7914**/ 팩스: **212.361.7915**/ 이메일: **eo@dhs.nyc.gov**)에 팩스 발송해야 합니다.



섹션 III: (프로그램 관리자 또는 관리자의 피지명인이 작성해야 합니다.)

이름/직함: _____

전화: _____ 수령일: _____

서명: _____

편의 제공 검토 과정의 상세 기록(다음을 포함하며 이에 제한됨): 수령한 의료 서류의 설명, 책임자/프로그램 관리자 의견, DHS 의료 실장과의 상담에 대한 메모, 필요에 따라 의뢰인 대변, 제안된 편의 사항, 최종 결정.

