

## FORMULARZ WNIOSKU O UZASADNIONE UDOGODNIENIA

**INSTRUKCJE:** Klienci muszą wypełnić część I i przesłać formularz wraz z dokumentacją pomocniczą do dyrektora programu/placówki lub osoby go zastępującej (dyrektor). Dyrektor, który otrzyma wypełniony formularz z odpowiednią dokumentacją medyczną musi wypełnić część II, odesłać kopię do klienta i niezwłocznie przesłać faksem wniosek i dokumentację pomocniczą do odpowiedniego administratora programu oraz do biura ds. różnicowania i równych szans (Office of Diversity & Equal Opportunity Affairs).

### **Część I: (Ta część powinna zostać wypełniona przez klienta).**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres/placówka/program: \_\_\_\_\_

Numer ubezpieczenia społecznego: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Opisać wniosek o udogodnienie (dołączyć dodatkowe arkusze i dokumentację pomocniczą).**

---

---

---

---

---

---

---

---

### **Część II: (Ta część powinna zostać wypełniona przez dyrektora lub osobę wyznaczoną).**

Imię i nazwisko/tytuł: \_\_\_\_\_

Placówka/program: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Data otrzymania: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

**Po wypełnieniu tej części dyrektor musi przekazać kopię formularza klientowi i niezwłocznie przesłać faksem wniosek do odpowiedniego administratora programu, analityka programu oraz do biura ds. różnicowania i równych szans na adres 33 Beaver Street, New York, New York 10004/Tel. 212-361-7914/ Faks 212.361.7915/ [eo@dhs.nyc.gov](mailto:eo@dhs.nyc.gov).**



