

مكتب عمدة نيويورك لعمليات استرداد الإسكان (HRO)

نموذج طلب التيسير المعقول (RAR)

إذا كنت تعاني من عجز وتحتاج إلى مساعدة للاشتراك في برامج وخدمات عمليات استرداد الإسكان أو تطلب تيسيرات فيما يتعلق بإصلاح منزلك أو إعادة بنائه، فيمكنك طلبها من عمليات استرداد الإسكان. وتتضمن أمثلة التيسيرات المعقولة جدولة المواعيد لتفادي الانتقال في ساعات الذروة، ونماذج القراءة المساعدة والملاحظات، وإجراء الأعمال من خلال الهاتف أو الفاكس أو البريد الإلكتروني، متى كان مناسباً. وعلاوةً على ذلك، إذا كنت مؤهلاً لإعادة بناء المنزل أو إصلاحه عبر برنامج إعادة البناء (Build it Back)، فيحق لك، أنت أو أحد المقيمين في المبنى الخاص بك، طلب معايير التيسير لعجز الحركة في البناء. يتيح برنامج عمليات استرداد الإسكان تيسيرات معقولة للأفراد ذوي القدرات المحدودة لضمان الوصول الهادف لهؤلاء الأفراد إلى برامج عمليات استرداد الإسكان، ومميزاته وخدماته، وضمان تلبية أعمال الإصلاح والبناء التي يقوم بها البرنامج للاحتياجات الخاصة للأفراد المقيمين بالمنزل.

الإرشادات والمعلومات
<p>➤ لمساعدة برنامج عمليات استرداد الإسكان في التوصل إلى قرار بشأن الطلب الخاص بالتيسير المعقول، الرجاء استكمال الصفحات رقم 2 و3 و4 الواردة في هذا النموذج وإرسالها إلى:</p> <p>Mayor's Office of Housing Recovery Operations Church St Station P.O. Box 468 New York, NY 10008-0468</p> <p>➤ كما يمكنك إرسال النماذج من خلال الفاكس على الرقم (212) 312-0857 أو إرسالها بالبريد الإلكتروني إلى العنوان legal@recovery.nyc.gov</p>
<p>➤ يجب عليك إرسال أية وثائق طبية داعمة لطلبك مع هذا النموذج أو خلال ➤ عشرين (20) يوماً من هذا الطلب.</p>
<p>➤ الرجاء مطالبة مزود الخدمة الطبية باستكمال "نموذج طلب المعلومات الطبية" (المرفق) أو توثيق طبي مناسب موقع على رأس صفحة مزود الخدمة الطبية وإعادة النموذج/التوثيق إليك.</p>
<p>➤ أنت مسئول عن إعادة الوثائق الطبية إلى برنامج عمليات استرداد الإسكان لدعم هذا الطلب.</p>
<p>➤ إذا واجهت أية صعوبة في استكمال هذا النموذج بسبب أحوالك الطبية أو صحتك العقلية، فيمكنك الاتصال ببرنامج عمليات استرداد الإسكان على الرقم (212) 615-8017 للحصول على المساعدة.</p>
<p>➤ إذا واجهت أية صعوبة في جمع الوثائق الطبية لدعم هذا الطلب بسبب أحوالك الطبية أو صحتك العقلية، فيمكنك الاتصال ببرنامج عمليات استرداد الإسكان على الرقم (212) 615-8017 أو مراسلة برنامج عمليات استرداد الإسكان على العنوان legal@recovery.nyc.gov للحصول على المساعدة. الرجاء استكمال نموذج ترخيص قانون قابلية التأمين الصحي للنقل والمحاسبة (HIPAA) لكشف المعلومات الصحية للأفراد (نموذج ديوان محكمة نيويورك رقم 960) وإرساله إلى:</p> <p>Mayor's Office of Housing Recovery Operations Church St Station P.O. Box 468 New York, NY 10008-0468</p>
<p>➤ سيرسل برنامج عمليات استرداد الإسكان خطاباً لإقرار استلام "طلب التيسير المعقول" الخاص بك.</p>
<p>➤ سيقيم برنامج استرداد الإسكان بمراجعة جميع الوثائق التي قدمتها أنت ومزود الخدمة الطبية، وسيرسل إليك إشعاراً تحريراً يتعلق بقرارنا بشأن "طلب التيسير المعقول".</p>

نموذج طلب التيسير المعقول (RAR)

الاسم (الرجاء كتابة الاسم): _____ رقم الطلب _____

رقم الهاتف: _____

العنوان البريدي: _____

1) هل تتلقى "خدمات الرعاية المنزلية" أم تتلقى "زيارات منزلية"؟ نعم لا

إذا قمت بالإجابة على السؤال رقم 1 باختيار "نعم"، فالرجاء الإشارة إلى عدد ساعات تلقي الخدمة يوميًا، وعدد الأيام التي تتلقى فيها الخدمات أسبوعيًا وسبب/أسباب تلقي خدمات الرعاية المنزلية.

2) صف حالتك الطبية أو صحتك العقلية، والتيسير المعقول الذي تطلبه وسبب أهمية هذا التيسير. (قم بإرفاق أية أوراق إضافية، عند الضرورة، بالإضافة إلى أية معلومات طبية تريد تقديمها لدعم التيسير المطلوب.)

3) إذا كان طلب التيسير المعقول أثناء مراحل معالجة الطلب ومراجعته في برامج عمليات استرداد الإسكان، فهل تطلب أيضًا استخدام أدوات البناء القياسية (لقابلية الحركة الضعيفة) خلال مرحلة البناء، إذا كنت مؤهلاً لتلقي خدمات الإصلاح أو البناء من البرامج؟

نعم لا

4) إذا قمت بالإجابة على السؤال رقم 3 باختيار "نعم"، فالرجاء شرح التيسيرات المطلوبة المتعلقة بالبناء.

التوقيع: _____ يجب عليك توقيع النسخة الإنجليزية الأصلية لهذه الوثيقة وإرفاقها بهذا الطلب التاريخ: _____

اكتب الاسم: _____

يجب عليك توقيع النسخة الإنجليزية الأصلية لهذه الوثيقة وإرفاقها بهذا الطلب

توقيع

الممثل المخول: _____ التاريخ: _____

إذا لم تفهم هذا الخطاب أو كنت بحاجة إلى ترجمة،
يرجى الاتصال بالرقم 615-8329 (212) للمساعدة

اكتب الاسم: _____

نموذج طلب المعلومات الطبية

إرشادات خاصة بمزود الخدمة الطبية

طلب مريضك قيام مكتب عمدة نيويورك لعمليات استرداد الإسكان بمنحه تيسيراً/تعديلاً معقولاً للوصول الهادف والفعال إلى برامج عمليات استرداد الإسكان وميزاتها وخدماتها. والرجاء تقديم وصف تفصيلي للحالة البدنية و/أو العقلية المحددة التي تؤثر على قدرة المريض على أداء بعض المهام المحددة والمشاركة في أنشطة بعينها، وأي تيسير/تعديل معقول ضروري والعلاقة بين التيسير/التعديل وعجز المريض. ويمكنك إرفاق معلومات طبية إضافية بالنماذج حسب الحاجة.
الرجاء إعادة هذا النموذج المكتمل إلى المريض.

اسم المريض (الرجاء كتابة الاسم): _____ تاريخ الميلاد: _____

اسم مزود الخدمة الطبية: _____

عنوان مزود الخدمة الطبية: _____ رقم هاتف مزود الخدمة الطبية: _____

1) الرجاء توضيح الحالة الطبية و/أو الصحة العقلية للمريض:

2) الرجاء تقديم وصف تفصيلي للقيود/الحدود البدنية و/أو العقلية المحددة والتي تؤثر على قدرة المريض على أداء مهام محددة والمشاركة في أنشطة معينة. الرجاء وصف كيفية تأثير العجز على الأداء اليومي للمريض.

نموذج طلب المعلومات الطبية (تابع)

(3) قم بتحديد ما إذا كانت حالة المريض دائمة أم مزمنة أم مؤقتة. إذا كانت حالة المريض مؤقتة، فالرجاء تحديد المدة المتوقعة للشفاء.

(4) قم بتحديد العلاج، إن وجد، الذي يتلقاه المريض حاليًا والمرتبط بحالته الطبية و/أو العقلية، بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر أية أدوية أو علاج.

(5) الرجاء وصف التيسير/التعديل المعقول الذي يحتاجه المريض، إن وجد، **خلال عملية التقدم بطلب للحصول على ميزات من "المدينة"** والعلاقة بينها والحالة الطبية و/أو العقلية للعميل.

(6) الرجاء وصف التيسير/التعديل المعقول الذي يحتاجه المريض، إن وجد، فيما يتعلق **ببناء المنزل أو إصلاح منزل المريض (مثل الوصول للإعاقة الحركية)** والعلاقة بينها والحالة الطبية و/أو العقلية للعميل.

(7) هل يجد المريض صعوبة في أداء الوظائف التالية بسبب حالته البدنية و/أو العقلية؟ (إذا كانت كذلك، فالرجاء تقديم وصف كامل لل صعوبات التي يواجهها المريض لكل مربع من مربعات الاختيار المحددة):

السير و/أو صعود السلالم. الوصف: _____

التنقل و/أو استقلال وسائل المواصلات العامة. الوصف: _____

الوظائف الإدراكية (مثل التركيز والتذكر والفهم). الوصف: _____

الجلوس أو الوقوف لفترات زمنية طويلة. الوصف: _____

التواجد في أماكن مزدحمة. الوصف: _____

يجب عليك توقيع النسخة الإنجليزية الأصلية لهذه الوثيقة وإرفاقها بهذا الطلب

توقيع مزود الخدمة الطبيه: _____ التاريخ: _____

إذا لم تفهم هذا الخطاب أو كنت بحاجة إلى ترجمة،
يرجى الاتصال بالرقم 615-8329 (212) للمساعدة

رقم ترخيص مزود الخدمة الطبية: _____