

AYUDA PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES

¿Padece usted una discapacidad, afección médica o de salud mental 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 una discapacidad de la vista o de la audición?
- ¿Necesita usted ayuda de otra índole debido a su afección?

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

CÓMO SOLICITAR 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 de salud mental 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: _____

Núm. de Teléfono 1: _____ Núm. 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 adjuntar páginas adicionales.): _____

ELIJA LA AYUDA QUE USTED NECESITE DEBIDO A SU AFECCIÓN:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ayuda para los ciegos o con vista limitada
<i>Detalle:</i> _____ | <input type="checkbox"/> Ayuda para los sordos o con audición limitada  :
<input type="checkbox"/> Interpretación de Lenguaje de Señas Estadounidense (ASL)
<input type="checkbox"/> Otro modo de interpretación
<i>Detalle:</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> Citas programadas para cuando usted desee que alguien le acompañe | <input type="checkbox"/> Ayuda para leer formularios |
| <input type="checkbox"/> Ningunas citas durante ciertos días y horas | <input type="checkbox"/> Ayuda para llenar formularios |
| <input type="checkbox"/> Ninguna cita durante la hora punta | <input type="checkbox"/> Usted necesita que la HRA vaya a su casa para las citas |
| <input type="checkbox"/> Ninguna cita en oficinas mientras usted solicite Access-A-Ride | <input type="checkbox"/> Transferencia de su caso a centro:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Tiempo de espera más corto | <input type="checkbox"/> Mantenimiento de su caso en su centro:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Arreglos (aparte de los de arriba) que usted necesite para acceder servicios de la HRA. <i>Detalle:</i>

_____ | |

Usted no tiene que proporcionarnos ningún comprobante de su afección en este momento. Puede que le solicitemos documentos médicos o clínicos en una fecha posterior.

To be completed by HRA worker if submitted at an HRA location (Please give a copy to the client):	
Location	Date Received
Name of HRA worker (Print)	Signature
Center 90 Staff only: Homebound status was requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	