



HOUSING AUTHORITY

OF THE CITY OF KEY WEST, FLORIDA

Solicitud de un Live-In Aide Y / O Dormitorio Adicional

Nombre: _____ TDD/Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado/Código Postal: _____

Corrientemente, soy (comprobar uno):

- ☐ Un solicitante o solicito una vivienda con esta Agencia de Vivienda
- ☐ Un titular de cupón de Sección 8 buscando una unidad
- ☐ Ubicado en una de las unidades pertenecientes y / o gestionados por esta Agencia de Vivienda

Nombre del miembro de la familia discapacitado
o anciano / anciana casi pidiendo alojamiento: _____

- ☐ El miembro de la familia es una persona con una discapacidad o de edad avanzada o cerca de personas de edad (**marque todo lo que corresponda**):
 - ☐ La persona que recibe SSI o SSDI.
 - ☐ La persona está desactivada y / o discapacitados.
 - ☐ Un profesional médico certificará en un formulario de verificación de que la persona está inhabilitada.
 - ☐ La persona de edad avanzada o cerca de ancianos.

Vivir-en la solicitud de Aide (*saltar si ayudante no es necesario*):

- ☐ Un ayudante de live-in es necesario para dar el uso miembro del hogar igual y disfrute de la vivienda debido a que:

- ☐ A diario en el hogar obrero no es tan eficaz como un alojamiento alternativo razonable porque:

Dormitorio solicitud:

- ☐ La familia vive en una unidad de un dormitorio _____. Estamos solicitando a:
 - ☐ Mantener nuestra unidad actual en el que se consideran overhoused por ahora.
 - ☐ Ser ascendido a un subsidio dormitorio más grande y traslado a una unidad mayor.

☐ El miembro de la familia solicita al dormitorio adicional para un ayudante vive-en.

☐ El miembro de la familia solicita al dormitorio adicional para el equipo médico debido a su tamaño / función. Si contesta que sí a esto usted debe describir a continuación.

Describir las ***dimensiones de equipos médicos y / o requisitos funcionales:***

Describir por qué la unidad actual (***incluyendo sala de estar***) es inadecuado:

El miembro de la familia tiene un dormitorio adicional como un ajuste por discapacidad (***por favor especifique si no se ha explicado anteriormente***):

Usted puede verificar la discapacidad y la necesidad de esta solicitud poniéndose en contacto con el experto profesional:

Nombre: _____ Título: _____

TDD/Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado/Código Postal: _____

Doy permiso para contactar a la persona por encima de los fines de la verificación de que yo (o un familiar) tiene una discapacidad y necesita el acomodo razonable solicitado anteriormente. Entiendo que la información que obtenga será completamente confidencial y se utilizará únicamente para determinar si es o no va a proporcionar un alojamiento.

Firma: _____ Fecha: _____
(Persona con discapacidad o tutor legal)

ADVERTENCIA: Título 18, sección 1001 del Código de Estados Unidos indica que una persona es culpable de un delito a sabiendas y voluntariamente hacer declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos.

[illegible]

_____ is disabled

_____ is handicapped

_____ is elderly

_____ has received prior reasonable accommodation approval

_____ is identified as LEP

Signature: _____ Date: _____
(Housing Manager/Specialist)

Signature: _____ Date: _____
(Housing Manager/Specialist's Supervisor)

Notes:

Copyright © 2014 Pearson Education, Inc. or its affiliate(s). All rights reserved.