



# MONROE COUNTY

## HOUSING AUTHORITY

### 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.**

