# CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UNA UNIDAD ACCESIBLE

# Para que lo complete el solicitante:

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección actual

N.º de edificio (casa) Calle Dpto.

Ciudad Estado Código postal

Los solicitantes de viviendas asequibles, que hayan sido elegidos para el proceso y hayan indicado en la solicitud la necesidad de una unidad accesible o adaptable para un miembro del grupo familiar con una discapacidad motriz o para un miembro del grupo familiar con una discapacidad visual o auditiva, deben presentar este formulario a los desarrolladores de viviendas.

El solicitante debe presentar una de las siguientes verificaciones:

1. **Verificación de un proveedor de servicios**. Un profesional de atención médica autorizado o un empleado de supervisión de una organización que preste servicios a un miembro del grupo familiar con discapacidad debe completar la segunda página de este formulario.
2. **Verificación de uno de los documentos de la lista de la página 3**.

El solicitante debe presentar esta página, junto con 1 o 2 de los documentos mencionados arriba al desarrollador de vivienda mediante Housing Connect, por correo electrónico, correo postal o de forma presencial.

## Nombre del miembro del grupo familiar que tiene una discapacidad motriz, visual o auditiva:

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Tiene la persona que solicita una vivienda accesible una discapacidad ambulatoria, por ejemplo, usa una silla de ruedas? \_ Sí \_\_\_\_ No
2. ¿Tiene la persona una discapacidad auditiva? \_ Sí \_\_\_\_ No
3. ¿Tiene la persona una discapacidad visual? \_ Sí \_\_\_\_ No

(Nota: Si la persona tiene más de una discapacidad, responda según corresponda).

**Para que lo complete el miembro del grupo familiar con una discapacidad (o su tutor legal):**

Certifico que, según mi leal saber y entender, las declaraciones de arriba son ciertas. Entiendo que dar información falsa puede dar lugar a la denegación de mi solicitud de vivienda. Si elijo presentar una verificación de mi proveedor de servicios, autorizo al desarrollador, al agente de comercialización y al Departamento de Preservación y Desarrollo de la Vivienda (Department of Housing Preservation and Development, HPD) de la ciudad de Nueva York/Corporación de Desarrollo de la Vivienda (Housing Development Corporation, HDC) de la ciudad de Nueva York a que verifiquen mi elegibilidad con el proveedor de servicios que completó este formulario de verificación.

## Firma:

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD POR EL PROVEEDOR DE SERVICIOS

**Un profesional autorizado de atención médica o un empleado de supervisión de una organización que preste servicios a un miembro del grupo familiar con discapacidad puede completar este formulario.**

**Nombre del solicitante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del miembro del grupo familiar con una   
discapacidad motriz, visual o auditiva:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Relación con el solicitante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El solicitante pretende que lo consideren elegible para una unidad de vivienda que sea accesible o que pueda adaptarse para que la use una persona con una discapacidad motriz, visual o auditiva (como se describe abajo). Una ley federal, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación, exige que cierto porcentaje de las unidades de vivienda de esta edificación sean para personas con discapacidades motrices, visuales y auditivas que necesiten unidades accesibles/adaptables. Confirme que el solicitante o el miembro de su grupo familiar tiene una discapacidad motriz, visual o auditiva por tiempo indefinido.

**Tipo de proveedor de servicios:**

[ ] **Soy un** **profesional autorizado de atención médica**. La información que doy en este documento se basa en mi experiencia profesional y en mi interacción con el solicitante o miembro de su grupo familiar con una discapacidad. El tipo de atención médica que presto es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (por ejemplo: fisioterapia; oftalmología, etc.)

[ ] **Tengo un rol de** **supervisor en** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **una organización que presta servicios a personas con discapacidades**. La información que doy en este documento se basa en mi experiencia con el solicitante o miembro de su grupo familiar con discapacidades y el tipo de servicios que mi organización le presta.

## Verificación de discapacidad de un miembro del grupo familiar

El miembro del grupo familiar mencionado tiene:

* [ ] una discapacidad motriz, por lo que se beneficiaría de una unidad asignada a personas con discapacidad motriz (una unidad diseñada con funciones para personas con movilidad física limitada, como un radio de giro más amplio en el baño y la cocina). Estas unidades están diseñadas para cumplir los Estándares federales de accesibilidad universal.
* [ ] una discapacidad auditiva de tal grado que se beneficiaría de una unidad para personas con una discapacidad auditiva (una unidad cableada para admitir funciones como alarmas de incendio y timbres con luz estroboscópica y otra tecnología de asistencia).
* [ ] una discapacidad visual de tal grado que se beneficiaría de una unidad para personas con una discapacidad visual (una unidad que está cableada para soportar funciones como alarmas acústicas apropiadas y otra tecnología de asistencia).

Confirmo que la información de arriba es exacta, según mi leal mejor saber y entender.

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo/relación con la organización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la organización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de autorización/certificación (si corresponde): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.º de autorización (si corresponde): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sello (si corresponde):

## VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD MEDIANTE DOCUMENTO

Un solicitante puede presentar los siguientes tipos de documentación para verificar su necesidad de una unidad accesible para personas con una discapacidad motriz, visual o auditiva. Se puede presentar este documento en lugar de una verificación de un proveedor de servicios.

**Para un miembro del grupo familiar con una discapacidad motriz:**

* Licencia de conducir del estado de Nueva York con una restricción “A”, “U” o “X” o una licencia de conducir de otro estado que indique una discapacidad motriz.

**Para un miembro del grupo familiar con discapacidad que sea menor de edad (menor de 18 años):**

* Copia del IEP o Plan 504 hecho con el personal de la escuela del menor, que indique la discapacidad motriz, visual o auditiva del menor.

**Para un miembro del grupo familiar con una discapacidad auditiva:**

* Licencia de conducir del estado de Nueva York con una designación “F1” o una licencia de conducir de otro estado que indique problemas auditivos.
* Otra tarjeta de identificación gubernamental que indique específicamente la pérdida de audición.
* Diploma o título analítico de una escuela o instituto para personas sordas.

**Para un miembro del grupo familiar con una discapacidad visual:**

* Documento de inscripción en la Comisión de Personas Ciegas del Estado de Nueva York (NYS Commission for the Blind) (u otra agencia equivalente de otro estado).
* Verificación de ceguera legal de la Comisión de Personas Ciegas del Estado de Nueva York o documento equivalente de otro estado.
* Carta de asignación del SSDI que indique específicamente que la persona tiene ceguera.
* Tarjeta de identificación gubernamental que indique específicamente que la persona tiene ceguera.
* Diploma o título analítico de una escuela o instituto para personas ciegas.