# شهادة استحقاق وحدة سكنية ميسرة

# يجب إكمال هذا الجزء بواسطة مقدّم الطلب:

اسم مقدّم الطلب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

العنوان الحالي:

رقم المبنى (المنزل) الشارع الشقة

المدينة الولاية الرمز البريدي

يجب تقديم هذا النموذج إلى مطوري الإسكان من قِبل المتقدمين للإسكان الميسر الذين تم اختيارهم لبدء إجراءات طلباتهم والذين أشاروا في الطلب إلى حاجتهم لوحدة سكنية ميسرة أو قابلة للتعديل لتناسب أحد أفراد الأسرة من ذوي الإعاقة الحركية أو السمعية أو البصرية.

يجب على المتقدم تقديم أحد الإثباتات الإضافية التالية:

1. **إثبات من قِبل مقدّم الخدمة**. يجب أن تتم تعبئة الصفحة الثانية من هذا النموذج بواسطة متخصص رعاية صحية مرخص أو موظف بمستوى إشرافي في مؤسسة تقدم خدمات لفرد الأسرة من ذوي الإعاقة.
2. **إثبات بواسطة أحد الوثائق المدرجة في الصفحة 3**.

يجب على مقدّم الطلب تقديم هذه الصفحة مع إحدى الوثيقتين المذكورتين أعلاه (1 أو 2)، إلى مطور الإسكان من خلال منصة Housing Connect، عبر البريد الإلكتروني أو البريد العادي أو شخصيًا.

## اسم فرد الأسرة الذي لديه إعاقة حركية، أو بصرية، أو سمعية لفترة غير محددة:

علاقته بمقدّم الطلب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. هل لدى الفرد الذي يبحث عن سكن ميسر إعاقة حركية، مثل استخدام كرسي متحرك؟   
    \_ نعم \_\_\_\_ لا
2. هل لدى الفرد إعاقة سمعية؟ \_ نعم \_\_\_\_ لا
3. هل لدى الفرد إعاقة بصرية؟ \_ نعم \_\_\_\_ لا

(ملاحظة: إذا كان لدى الفرد أكثر من إعاقة واحدة، يرجى الإجابة وفقًا لذلك).

**يُرجى إكماله من قِبل فرد الأسرة من ذوي الإعاقة (أو الوصي القانوني عليه):**

أقر بأن الإفادات المذكورة أعلاه صحيحة على حد علمي. وأقر بأنني أفهم أن تقديم معلومات مزيفة قد يؤدي إلى رفض طلب السكن الخاص بي. إذا اخترت تقديم إثبات أهلية عن طريق مقدّم الخدمة الخاص بي، فإنني أُفَوِّضُ المطور، والوكيل التسويقي، وإدارة الحفاظ على المساكن وتطويرها (Department of Housing Preservation and Development, HPD)/مؤسسة تطوير المساكن (Housing Development Corporation, HDC) في مدينة نيويورك بالتحقق من أهليتي لدى مقدّم الخدمة الذي أكمل نموذج الإثبات.

## التوقيع:

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## إثبات الإعاقة من قِبل مقدّم الخدمة

**يمكن إكمال هذا النموذج من قِبل متخصص رعاية صحية مرخص أو موظف بمستوى إشرافي في مؤسسة تقدم خدمات لفرد الأسرة من ذوي الإعاقة.**

**اسم مقدّم الطلب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**اسم فرد الأسرة من   
ذوي الإعاقة الحركية أو السمعية أو البصرية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**علاقته بمقدّم الطلب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

يطلب مقدّم الطلب أن يُعتبر مؤهلاً للحصول على وحدة سكنية ميسرة أو يمكن تعديلها للاستخدام من قِبل فرد لديه إعاقة حركية أو بصرية أو سمعية (كما هو موضح أدناه). يتطلب قانون فيدرالي، هو المادة 504 من قانون إعادة التأهيل (Rehabilitation Act)، تخصيص نسبة معينة من الوحدات السكنية في هذا المشروع للأشخاص من ذوي الإعاقة الحركية والبصرية والسمعية الذين يحتاجون إلى وحدات ميسرة/قابلة للتعديل. يرجى التأكيد على أن مقدّم الطلب أو أحد أفراد أسرته لديه إعاقة حركية، أو بصرية، أو سمعية لفترة غير محددة.

**نوع مقدّم الخدمة:**

[ ] **أنا** **متخصص رعاية صحية مرخص**. أقدم المعلومات الواردة في هذه الوثيقة بناءً على خبرتي المهنية وتعَامُلي مع مقدّم الطلب أو أحد أفراد أسرته من ذوي الإعاقة. نوع الرعاية الصحية التي أقدمها هي \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (أمثلة: علاج طبيعي، طبيب عيون، وما إلى ذلك)

[ ] **أعمل** **في دور إشرافي لدى \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_، وهي مؤسسة توفر خدمات للأشخاص من ذوي الإعاقة**. أقدم هذه المعلومات الواردة في هذه الوثيقة بناءً على خبرتي مع مقدّم الطلب و/أو أحد أفراد أسرته من ذوي الإعاقة ونوع الخدمات التي تقدمها مؤسستي لهم.

## إثبات إعاقة فرد الأسرة

لدى فرد الأسرة:

* [ ] إعاقة حركية تستدعي استفادته من وحدة سكنية مصممة للأشخاص من ذوي الإعاقة الحركية (وحدة سكنية مصممة بميزات للأشخاص من ذوي القدرة المحدودة على الحركة الجسدية، مثل دائرة التفاف أوسع في الحمام والمطبخ). صُممت هذه الوحدات لتلبية معايير إمكانية الوصول الفيدرالية الشاملة.
* [ ] إعاقة سمعية إلى درجة أنه سيستفيد من وحدة مخصصة للأشخاص الذين لديهم إعاقة سمعية (وحدة سلكية لدعم مثل هذه الميزات مثل إنذار دخان ضوئي متقطع وجرس الباب وغيرها من أدوات التكنولوجيا المساعدة).
* [ ] إعاقة بصرية بحيث يستفيد من وحدة مخصصة للأشخاص من ذوي الإعاقة البصرية (وحدة سلكية لدعم هذه الميزات مثل إنذارات صوتية مناسبة وغيرها من أدوات التكنولوجيا المساعدة).

أؤكد بأن المعلومات المذكورة أعلاه دقيقة على حد علمي.

الاسم: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

المنصب/علاقته بالمؤسسة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اسم المؤسسة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

نوع الترخيص / الشهادة (إن وجد): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم الترخيص (إن وجد): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الختم (إن وجد):

## إثبات الإعاقة بواسطة الوثيقة

يمكن لمقدّم الطلب تقديم الأنواع التالية من الوثائق لإثبات احتياجه إلى وحدة سكنية ميسرة للأشخاص الذين لديهم إعاقة حركية، أو بصرية، أو سمعية. يمكن تقديم هذه الوثيقة بدلاً من إثبات مقدم من قِبل مقدّم الخدمة.

**لفرد الأسرة الذي لديه إعاقة حركية:**

* رخصة قيادة صادرة من ولاية نيويورك مع إعاقة من النوع "A" أو "U" أو "X" أو رخصة قيادة صادرة من ولاية أخرى تشير إلى إعاقة حركية

**لفرد الأسرة القاصر (أقل من 18 عامًا) الذي لديه إعاقة:**

* نسخة من برنامج التعليم الفردي (Individualized Education Plan, IEP) أو خطة 504 التي وضعها موظفو مدرسة الطفل القاصر التي تشير إلى إعاقة الطفل الحركية أو البصرية أو السمعية

**لفرد الأسرة الذي لديه إعاقة سمعية:**

* رخصة قيادة صادرة من ولاية نيويورك المميزة بـ "F1" أو رخصة قيادة صادرة من ولاية أخرى تشير إلى فقدان السمع
* بطاقات الهوية الحكومية الأخرى التي تشير على وجه التحديد إلى فقدان السمع
* دبلوم أو شهادة من مدرسة أو معهد للصم

**لفرد الأسرة الذي لديه إعاقة بصرية:**

* وثيقة تسجيل من لجنة المكفوفين بولاية نيويورك (NYS Commission for the Blind) (أو أي وكالة مكافئة أخرى من ولاية أخرى)
* إثبات العمى القانوني من لجنة المكفوفين بولاية نيويورك أو وثيقة مكافئة من ولاية أخرى
* خطاب معونة تأمين الضمان الاجتماعي ضد الإعاقة (Social Security Disability Insurance, SSDI) يشير على وجه التحديد إلى العمى
* بطاقة هوية حكومية تشير على وجه التحديد إلى العمى
* دبلوم أو شهادة من مدرسة أو معهد للمكفوفين