



波士頓房屋管理局 BOSTON HOUSING AUTHORITY
房屋部門 Occupancy Department
52 Chauncy Street, 3rd Floor
Boston, Massachusetts 02111

電話 Phone: 617-988-3400
傳真 Fax: 617-988-4214
電傳打字 TDD: 1-800-545-1833 轉 420
網址 www.BostonHousing.org

(此文件有其他格式可供索取)

無法使用所住單位所造成的非自願急遷證明書

定義：

家庭的成員因行動不便或其他損傷，無法使用住所或屋村內的某重要部分，而根據與合理安排有關的法律，房東沒有法律責任變更住所或單位使該家庭的殘障成員可使用那些重要部分。

要求的文件：

未能提供所有要求的文件將導致優先權申請被拒絕。

- ◆ 提交完全填妥的「無法使用所住單位所造成的非自願急遷證明書」；或
- ◆ 不能使用某一重要部分的家庭成員的姓名；及
- ◆ 合資格醫療人員的書面聲明，確定該家庭成員是殘障人士(毋須描述殘障的性質)，並指出單位內哪個重要部分不能使用、及不能使用的理由；及
- ◆ 房東的聲明或向該殘障人士提供服務的政府部門或其他機構的公職人員的聲明，解釋為何房東毋須作合理安排把單位變更。

由申請人填寫：

本人_____，（社會保障號碼/工人卡號碼：_____），授權提供以上資料給波士頓房屋管理局。我證實尚未獲得標準和永久的住房安置，以解決我以優先權身份申請公共房屋時所聲稱的住房需要。我同意，如果我的情況在任何時間轉變，我將立即書面通知「波房局」房屋部門（不接受電郵或傳真信件）。

本人明白，偽造、失實陳述或隱瞞任何資料可構成被拒絕入住「波房局」公共房屋三年的理由。

簽署：_____ 日期：_____

姓名（請工整拼寫）：_____

請指出您或家庭成員因行動不便或其他損傷而無法使用該單位的重要部分：_____

請指出受影響的家庭成員的姓名：_____

申請此優先權，必須填妥本表格 A 部分和 B 部分。
請先填妥 A 部分，以防您的保密醫療資料泄露給您的房東。B 部分在背頁。

A 部分： 本部分須由現時房東或物業經理填寫。

1. 上述申請人或註明的家庭成員是登記租客嗎？

是 搬入日期_____ 否

2. 是否存在任何障礙，使有損傷的人士使用該單位內重要部分的能力受到影響？

是 否 如果選擇「是」，請在下文指出並描述該障礙：

申請人姓名: _____

客戶號碼: _____

3. 請選擇以下描述申請人或家庭成員的住所的最佳選項:

- 公共資助房屋 (接受補助的)
- 非公共資助房屋
- 由 10 個或以上單位組成的多家庭住房
- 由 10 個或以上單位組成的毗連房屋
- 三個或以上住房單位的樓宇
請輸入樓宇的施工日期或最初入住日期: _____
- 其他

簽署: _____ 日期: _____

工整拼寫姓名: _____ 職位: _____
業主/經理/機構名稱

地址: _____

日間電話: (_____) _____

B 部分: 本部分須由為優先權申請人提供護理的合資格醫護人員填寫。

1. 請指出與下列資料相關的人士的姓名 (請工整拼寫):

2. 該人士是否有任何限制、行動不便或其它損傷, 使他/她使用現時單位重要部分的能力受到影響?
是 否

如果選擇「是」, 請描述該限制或損傷: _____

3. 基於 A 部分提供的資料 (請看背頁), 此人是否因上述限制、行動不便或其它損傷而無法使用該單位的重要部分?
是 否

簽署: _____ 日期: _____

工整拼寫姓名: _____ 職位: _____

機構名稱: _____
(如果適用)

地址: _____

日間電話: (_____) _____



平等機會住房/平等機會僱主

Revised 12/07/04