



BOSTON HOUSING AUTHORITY
 Occupancy Department
 (Departamento de Ocupancia)
 52 Chauncy Street, 3rd Floor
 Boston, Massachusetts 02111-02375

Phone: 617-988-3400
 Fax: 617-988-4214
 TDD 1-800-545-1833 Ext. 420
 www.bostonhousing.org

(Esta información esta disponible en un formato alternativo si es pedido.)

CERTIFICADO DE DESPLAZAMIENTO INVOLUNTARIO POR INACCESIBILIDAD DE LA UNIDAD DE VIVIENDA

DEFINICION:

Un miembro de la Familia tiene un impedimento de movilidad u otro tipo de impedimento que hace a la persona incapaz de usar un elemento importante del apartamento o desarrollo actual Y el propietario no está legalmente obligado, bajo las leyes pertinentes de Acomodación Razonable, a hacer cambios al apartamento o unidad de vivienda que harían estos elementos importantes accesibles al Miembro de la Familia con la discapacidad.

DOCUMENTACION REQUERIDA:

El no proporcionar TODA la documentación requerida resultará en la denegación de la petición de prioridad.

- ◆ Entrega de un "Certificado de Desplazamiento Involuntario por Inaccesibilidad de la Unidad de Vivienda" completo o
- ◆ El nombre del miembro de la familia a quien no le es posible usar el elemento crítico; y
- ◆ Una declaración por escrito de un Proveedor Médico Cualificado verificando que el miembro de la familia tiene una Discapacidad (pero no necesariamente la naturaleza de la Discapacidad) e identificando el elemento crítico de la unidad que no es accesible y las razones por qué no es accesible; y
- ◆ Una declaración del propietario u oficial del gobierno u otra agencia que provea servicios a tales Personas Discapacitadas explicando la razón(es) por qué al propietario no se le requiere hacer cambios que resultarían en que la unidad sea accesible al individuo como acomodo razonable.

DEBE SER COMPLETADO POR EL/LA SOLICITANTE:

Yo, _____, (#SS: _____ - _____), autorizo la divulgación de la información anterior a la Boston Housing Authority. Yo también certifico que yo no he encontrado vivienda estándar de reemplazo permanente para resolver la necesidad de vivienda que yo he reclamado como solicitante con estatus de prioridad para viviendas públicas. Yo estoy de acuerdo en que si mi circunstancias cambian en cualquier momento, Yo le informaré inmediatamente al departamento de Ocupancia de la BHA **por escrito** (mensajes por fax/electrónicos no se aceptan).

Entiendo que cualquier falsificación, falsedad u ocultación de información sería considerada como razón para denegar admisión a viviendas de la BHA por un periodo de tres (3) años.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (Por favor escriba en letra de imprenta): _____

Por favor identifique el elemento(s) crítico(s) de la unidad, por el cual usted o un miembro de la familia no le es posible usar debido a un impedimento de movilidad u otro tipo de impedimento: _____

Por favor identifique el nombre de el miembro de la familia afectado: _____

AMBAS SECCIONES A Y B DE ESTE FORMULARIO DEBEN SER COMPLETADAS PARA ESTA PRIORIDAD. SE SUGIERE QUE LA SECCION A SE COMPLETE PRIMERO PARA EVITAR LA DIVULGACION DE INFORMACIÓN MEDICA CONFIDENCIAL AL PROPIETARIO. LA SECCION B ESTA EN LA PARTE DE ATRÁS.

SECCION A: ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL PROPIETARIO ACTUAL O GERENTE DE PROPIEDAD.

1. ¿Está el solicitante mencionado arriba o un miembro del hogar identificado como inquilino de récord?
 Sí Fecha de mudanza _____ No
2. ¿Existen algunas barreras que afecten la habilidad del individuo de usar elementos críticos de la unidad de vivienda debido a su impedimento?
 Sí No Si respondió sí, por favor identifique y describa la barrera a continuación:

Nombre del solicitante: _____ # de Cliente _____

3. Por favor marque a continuación qué tipo de vivienda describe mejor la propiedad en la cual el/la solicitante o miembro de la familia reside.

- Vivienda asistida públicamente (subsidiada)
- Vivienda no subsidiada públicamente
- Domicilio de múltiples unidades de vivienda consistiendo de 10 unidades o más.
- Viviendas localizadas contiguamente consistiendo de 10 unidades o más.
- Un edificio con tres o más unidades de vivienda.
Entre la fecha de construcción u ocupación original del edificio _____
- Otro

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Título: _____
Propietario/Gerente/Nombre de Agencia

Dirección: _____

Teléfono: (_____) _____

SECCION B: ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR UN PROVEEDOR MEDICO CUALIFICADO QUE PROVEE CUIDADO AL INDIVIDUO INDICANDO UNA NECESIDAD DE PRIORIDAD.

1. Por favor indique el nombre del individuo pertinente a la siguiente información (POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE): _____
2. ¿Tiene este individuo alguna limitación(es) en movilidad u otro impedimento(s) que afecten su habilidad de usar elementos críticos de su unidad de vivienda actual? Sí No

Si respondió sí, por favor describa la limitación(es) o impedimento(s). _____

3. Basado en la información provista en la Sección A (vea el lado al reverso), ¿Es el individuo incapaz de usar elemento críticos de la unidad debido a la limitación(es), impedimento de movilidad u otros impedimento(s)?
 Sí No

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Título: _____

Nombre de Agencia: _____
(Si aplica)

Dirección: _____

Teléfono: (_____) _____

Revised 12/07/04



AGENCIA CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE VIVIENDA Y EMPLEO

