



Boston Housing Authority
52 Chauncy Street
Boston, Massachusetts 02111-02375

617-988-4000
TDD 1-800-545-1833 Ext. 420

租賃部門（第 8 章房屋津貼）
要求合理安排表格

戶主姓名： _____ 電話號碼： _____

地址： _____

1. 下列家庭成員有殘障：

家庭成員姓名： _____

與您的關係： _____

2. 由於該殘障，本人要求波士頓房屋管理局（波房局）作出以下合理安排（請填選一項或多項）：

更改以下規定、政策或程序。（注意：您可以在如何履行租約條款方面要求更改，但仍須履行租約條款。）請詳細說明：

其他

3. 為什麼這個合理安排是必要的？

4. 本人授權波士頓房屋管理局對本人有殘障並需要合理安排進行核證。為了核證該資訊，波房局可以聯絡以下醫生、精神科醫生、持牌心理學家、持牌護士診斷師、康復專業人士、協助殘障人士的合資格服務提供者、或 _____ 行業的其他專家。

5. 專業人士或專家的姓名和職位： _____

機構 / 護理院舍 / 醫院診所： _____

地址： _____

電話： _____

本人明白，波房局對所獲資訊將完全保密，並只用於裁定本人的合理安排要求。請儘快提交該表格，以便波房局就您的要求作出裁定。

簽名： _____
家庭戶主或授權代表

日期： _____

簽名： _____
年滿 18 歲的家庭成員

