

**YOLO COUNTY HOUSING**

147 West Main Street, Woodland, CA 95695  
(530)662-5428

**REGRESE ESTA FORMA A:** YCH Coordinadora de 504, Janis Holt, Fax (530)662-5429, email: [jholt@ych.ca.gov](mailto:jholt@ych.ca.gov)

**PETICION PARA UNA ADAPTACION O MODIFICACION RAZONABLE**

**Instrucciones:** Llene esta forma, si usted, o un miembro de su familia, es una persona con una discapacidad y desea pedir un cambio, excepción, o ajuste a reglamentos, políticas, prácticas o servicios de Viviendas del Condado de Yolo (Yolo County Housing, mencionado como YCH, de aquí en adelante) para que usted tenga la oportunidad, con igualdad, para utilizar su vivienda, o la asistencia para el pago de su vivienda, administrada por YCH. Si usted necesita ayuda para llenar esta forma, por favor póngase en contacto con su representante de YCH.

**Nombre en el Expediente de la Familia:** \_\_\_\_\_

**Teléfono/TDD #:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

*Número/Calle/Ciudad/Código Postal*

1. El miembro de familia llamado \_\_\_\_\_, nacido en la fecha \_\_\_\_\_ (*opcional*) tiene un impedimento físico o mental que limita una o más actividades primordiales de su vida (o tiene historia de haber tenido dicho impedimento, o se ha considerado que tiene dicho impedimento).

2. Indique la adaptación necesaria para que esta persona tenga un oportunidad igualitaria para usar y disfrutar de la vivienda, o de la asistencia para el pago de vivienda, administrada por YCH:

\_\_\_\_\_

3. Describa cómo esta adaptación permitirá que esta persona tenga una oportunidad igualitaria para usar y disfrutar la vivienda, o asistencia para el pago de vivienda, administrada por YCH:

\_\_\_\_\_

—

—

YCH concede peticiones para adaptaciones/modificaciones razonables cuando existe una relación, que se puede identificar, entre la adaptación que se pide y la discapacidad de la persona. **Escriba el nombre y la información de contacto** de la persona que tiene conocimiento y quien puede verificar la necesidad de la modificación relacionada con la discapacidad. La persona que usted identifique debe ser el individuo que proporciona servicios relacionados con la discapacidad mental o física del miembro de la familia (un profesional médico, un proveedor de servicios sociales, etc.).

**Nombre del Doctor/Proveedor del Cuidado de Salud:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

*Número/Calle/Ciudad/Código Postal*

**Número de Telefono:** \_\_\_\_\_ **Número de Fax:** \_\_\_\_\_

**Autorización para la Revelación de Información:** Yo autorizo al Proveedor nombrado arriba para que revele a YCH la información que se solicita en esta forma, relacionada con la necesidad de una adaptación o modificación razonable. **Yo entiendo** que la información que obtenga YCH se mantendrá en una manera confidencial y se usará solamente para determinar si la acomodación y/o modificación se debe conceder. **Yo entiendo** que YCH procesará esta solicitud comunicándose directamente con el proveedor de servicios identificado arriba y que se

me notificará por escrito la decisión que se tome. **Yo entiendo** que YCH puede, a su discreción absoluta, reevaluar periódicamente la necesidad de la adaptación/modificación aprobada.