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

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.