



# SOLICITUD DE ACOMODO RAZONABLE

## Administración de Vivienda Pública

Si usted, o algún miembro de su composición familiar tiene algún impedimento, podrá utilizar este formulario para solicitar que la Administración de Vivienda Pública (AVP) le provea como acomodo razonable algún cambio, modificación, alteración o adaptación de una vivienda, política, procedimiento, práctica, programa o facilidad. Esto con el propósito de que pueda tener uso pleno de la residencia, facilidades, programas o servicios que ofrece la AVP.

Para propósitos de esta forma refiérase a la "Política de Admisión y Ocupación Continuada" para determinar si usted cualifica como una persona con impedimento.

### Instrucciones:

Deberá llenar el formulario en los encasillados correspondientes: Parte A para personas de nuevo ingreso o solicitantes no-residentes y Parte B para residentes del sistema de vivienda pública. Incluir la fecha y firmar el formulario en la parte inferior, luego proceder a entregarla en cualquiera de las Oficinas de AVP o del Proyecto en el cual reside.

Si necesita ayuda para comprender si usted o algún miembro de su composición familiar cumple con los requisitos como una persona con impedimentos o si necesita ayuda para llenar este formulario, puede contactar a un funcionario de la AVP o al Coordinador 504 de su proyecto.

### PARTE A: Personas de Nuevo Ingreso

De necesitar asistencia para llenar el formulario podrá notificar a un Funcionario de la AVP.

Nombre del Jefe de Familia: \_\_\_\_\_ Núm. De Tel. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del Miembro de la Composición Familiar que requiere el acomodo razonable: \_\_\_\_\_

Tipo de Acomodo que solicita:

Unidad 504 de movilidad

Unidad 504 audiovisual

Unidad de primer piso

Interprete de Lenguaje de señas

Traductor Idioma

Otro: \_\_\_\_\_

### PARTE B: Residentes

De necesitar asistencia para llenar el formulario podrá notificar a Coordinador 504 o Trabajador Social de su proyecto

Nombre del Jefe de Familia: \_\_\_\_\_ Núm. De Tel. \_\_\_\_\_

Residencial: \_\_\_\_\_ Unidad: \_\_\_\_\_

Nombre del Miembro de la Composición Familiar que requiere el acomodo razonable: \_\_\_\_\_

Tipo de Acomodo que solicita:

Traslado a Unidad 504 de movilidad

Traslado a Unidad 504 audiovisual

Traslado Unidad de primer piso

Traslado fuera del proyecto

Modificación a vivienda actual

Otro: \_\_\_\_\_

### Naturaleza del Acomodo

Información adicional sobre la petición y razón para solicitar la misma. De necesitar una hoja adicional podrá incluir la misma.

1. Como parte de esta solicitud, la AVP podrá requerir que un profesional de la salud, médico, profesional de agencia de servicios sociales o agencia (clínica) especializada en el tipo de impedimento programa especializado emita una verificación de impedimento.
2. La AVP también podrá, de ser necesario, requerir autorización para someter a un profesional de la salud el formulario de verificación de impedimento si la información sometida no establece el nexo entre el impedimento y el acomodo solicitado.
3. Una vez la documentación necesaria para evaluar su solicitud esté disponible, se le contestará la acción correspondiente en un periodo no mayor de 10 días laborables.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

### PARA USO OFICIAL

#### Evaluación de Solicitud

La Petición de Acomodo ha sido:  Aprobada  Denegada  Modificada

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre Funcionario AVP o Coordinador 504

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Funcionario AVP o Coordinador 504

Si usted entiende que el acomodo conferido no es aceptable para su necesidad, no está de acuerdo con la determinación final, o el tiempo que tomo en atender su solicitud es objetable, poder llamar a:

Oficina de Cumplimiento Sección 504  
Administración de Vivienda Publica  
(787) 759-9407, Ext. 3007