



Housing Authority
of the
County of Tulare

**APPLICATION FOR REQUEST FOR REASONABLE
ACCOMMODATION/MODIFICATION**

DATE: _____ **NAME:** _____ **PHONE:** _____

ADDRESS OF HOUSING FOR WHICH ACCOMMODATION IS REQUESTED:

LIST AND DESCRIBE THE REASONABLE ACCOMMODATION OR MODIFICATION
REQUESTED:

GIVE REASON THAT THE REASONABLE ACCOMMODATION MAY BE NECESSARY
FOR YOU OR THE INDIVIDUAL(S) WITH DISABILITIES SEEKING THE SPECIFIC
HOUSING, TO USE AND ENJOY THE HOUSING, IN LIGHT OF THE LIMITATIONS OR
HARDSHIPS YOU ARE EXPERIENCING. **WE ARE NOT ASKING FOR THE
DIAGNOSIS OR THE NATURE OF THE:**

IF WE HAVE QUESTIONS ABOUT YOUR REQUEST FOR REASONABLE
ACCOMMODATION AND YOU WOULD LIKE US TO CONTACT SOMEONE
ASSISTING YOU WITH THIS REQUEST, INSTEAD OF YOU, PLEASE GIVE US THAT
PERSON'S NAME, ADDRESS AND TELEPHONE NUMBER:

PLEASE ATTACH ANY DOCUMENTS THAT YOU MAY THINK SUPPORT YOUR
REQUEST FOR REASONABLE ACCOMMODATION AND WOULD ASSIST US IN
CONSIDERING YOUR REQUEST



Housing Authority
of the
County of Tulare

PLEASE PROVIDE THE CONTACT INFORMATION OF A KNOWLEDGEABLE PROFESSIONAL WHO CAN VERIFY THE DISABILITY AND THE NEED FOR THE ACCOMMODATION REQUESTED:

Name: _____ Title: _____

Address: _____ City/State/Zip: _____

Telephone Number: _____ Fax: _____

Email: _____

Patient Birthdate (if required by professional for verification purposes): _____

Certifications and Signatures:

Authorization to Release Information: I authorize the knowledgeable professional listed above to disclose relevant information to the Housing Authority of the County of Tulare regarding the need for a reasonable accommodation/modification for the above-named family member. I understand that the information the Housing Authority obtains will be kept confidential and used solely to determine if an accommodation should be provided.

I understand that Section 1001 of Title 18 of the U.S. Code makes it a criminal offense to make willful, false statements or misrepresentations to any Department of Agency of the United States on any matter within its jurisdiction.

Signature of Requester, if 18 years or older is other than Head of Household:

_____ Date: _____

Signature of Head of Household:

_____ Date: _____



Housing Authority
of the
County of Tulare

**APPLICACION DE PETICION PARA
ADAPTACIÓN/MODIFICACIÓN RAZONABLE**

FECHA: _____ **NOMBRE:** _____ **TELEFONO:** _____

NOMBRE DEL PROYECTO: _____ **CLIENTE #** _____

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA PARA LA QUE SE SOLICITA LA ADAPTACION:

ENUMERE Y DESCRIBA LA ADAPTACIÓN RAZONABLE O LA MODIFICACIÓN SOLICITADA:

EXPLIQUE QUE LA ADAPTACIÓN RAZONABLE PUEDE SER NECESARIA PARA QUE USTED O LA(S) PERSONA(S) CON DISCAPACIDAD(ES) QUE BUSCAN LA ADAPTACION/MODIFICATION ESPECÍFICA, PUEDAN USAR Y DISFRUTAR DE LA VIVIENDA, A LA LUZ DE LAS LIMITACIONES O DIFICULTADES QUE ESTÁ EXPERIMENTANDO. NO ESTAMOS PIDIENDO EL DIAGNÓSTICO O LA NATURALEZA DE LA CONDICION MEDICA OR DISCAPACIDAD:

SI TENEMOS PREGUNTAS SOBRE SU SOLICITUD DE ADAPTACIÓN RAZONABLE Y DESEA QUE NOS COMUNIQUEMOS CON ALGUIEN QUE LO AYUDE CON ESTA SOLICITUD, EN LUGAR DE USTED, INDÍQUENOS EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DE ESA PERSONA:

ADJUNTE CUALQUIER DOCUMENTO QUE CONSIDERE QUE RESPALDA SU SOLICITUD DE ADAPTACIÓN RAZONABLE Y QUE NOS AYUDE A CONSIDERAR SU SOLICITUD



Housing Authority
of the
County of Tulare

PROPORCIONE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE UN PROFESIONAL
CAPACITADO QUE PUEDA VERIFICAR LA DISCAPACIDAD Y LA NECESIDAD DE
LA ADAPTACIÓN REQUERIDA:

Nombre: _____ Título: _____

Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Fax: _____

Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente (si lo requiere un profesional con fines de
verificación): _____

Certificaciones y Firmas:

Autorización para Divulgar Información: Autorizo al profesional experto mencionado
anteriormente a divulgar información relevante a la Autoridad de Vivienda del Condado
de Tulare con respecto a la necesidad de una adaptación/modificación razonable para
el miembro de la familia mencionado anteriormente. Entiendo que la información que
obtenga la Autoridad de Vivienda se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente
para determinar si se debe proporcionar una adaptación.

Entiendo que la Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos tipifica
como delito penal hacer declaraciones intencionales, falsas o tergiversaciones a
cualquier Departamento de Agencia de los Estados Unidos sobre cualquier asunto
dentro de su jurisdicción

Firma del Solicitante, si tiene 18 años o más y no es Jefe de Familia:

_____ Fecha: _____

Firma de Jefe de Familia:

_____ Fecha: _____