



## Pinellas County Housing Authority

11479 Ulmerton Road, Largo, FL 33778

Phone: 727.443.7684 • TDD: 800.955.8770

Fax: 727.489.0788 • TTY: 800.955.8771

Website: PinellasHousing.com Email: reasonable@pinellashousing.com

# REASONABLE ACCOMMODATION REQUEST SOLICITUD DE ADAPTACIÓN RAZONABLE

Please complete the form below. If requests are made for more than one household member, a separate form must be completed for each member. Requests will be reviewed and responded to based on the date the completed form is returned to the PCHA. Requests that are either incomplete or not returned to the PCHA within 30 days will be denied.

*Por favor, complete el formulario a continuación. Si se realizan solicitudes para más de un miembro del hogar, se debe completar un formulario por cada miembro. Las solicitudes se revisarán y responderán según la fecha en que se devuelva el formulario completo a la PCHA. Las solicitudes incompletas o que no se devuelvan a la PCHA dentro de 30 días serán rechazadas.*

Housing Program/ Programa de Vivienda:

☐

Housing Choice Voucher/ Vales de Elección de Vivienda

☐

Public Housing/ Vivienda Pública

☐

Project Based Voucher Program/ Programa de vales basado en proyectos para viviendas

☐

Multi-Family /Multifamiliares

☐

Affordable /Asequibles

---

### SECTION A. HOUSEHOLD INFORMATION, COMPLETE BY REQUESTOR

### SECCIÓN A. INFORMACIÓN DEL HOGAR, COMPLETA POR EL SOLICITANTE

Name of Head of Household: / Nombre del jefe de familia: \_\_\_\_\_

Address /DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Phone Number /de teléfono : \_\_\_\_\_

Email Address /Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Household Member request is made for /La solicitud de miembro del hogar se realiza para :  
\_\_\_\_\_

**Release:** I hereby authorize the release of the requested information on this form. The information obtained under this consent is limited to information that is no older than 12 months.

**Autorización :** Por la presente, autorizo la divulgación de la información solicitada en este formulario. La información obtenida mediante este consentimiento se limita a la que no tenga más de 12 meses de antigüedad.

Signature /Firma : \_\_\_\_\_ Date /Fecha : \_\_\_\_\_

---



## Pinellas County Housing Authority

11479 Ulmerton Road, Largo, FL 33778

Phone: 727.443.7684 • TDD: 800.955.8770

Fax: 727.489.0788 • TTY: 800.955.8771

Website: PinellasHousing.com Email: reasonable@pinellashousing.com

**SECTION B. ACCOMMODATION(S) AND/OR MODIFICATIONS REQUESTED.** Identify the specific accommodation / modification requested that will enable the disabled member of the household to fully participate in the housing program. If additional space is needed, please attach another page. **Do NOT** include medical diagnosis or other personal information related to health or medical conditions.

**SECCIÓN B. ADAPTACIONES Y/O MODIFICACIONES SOLICITADAS.** Identifique la adaptación o modificación específica solicitada que permitirá que el miembro con discapacidad del hogar participe plenamente en el programa de vivienda. Si necesita más espacio, adjunte otra página. **NO** incluya diagnósticos médicos ni otra información personal relacionada con su salud o afecciones médicas.

---

---

---

---

---

---

---

---

**SECTION C. VERIFICATION SOURCE.** Name of Health Care Provider or other Verification Source.

**SECCIÓN C. FUENTE DE VERIFICACIÓN.** Nombre del proveedor de atención médica u otra fuente de verificación.

Name /Nombre: \_\_\_\_\_

Phone /Teléfono \_\_\_\_\_

Business/Professional Organization /Organización empresarial/profesional:

\_\_\_\_\_

Address /DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Tax ID/ License #/Número de identificación fiscal/licencia : \_\_\_\_\_

**SECTION D. VERIFICATION INSTRUCTIONS. TO BE COMPLETED BY MEDICAL PROFESSIONAL OR OTHER VERIFICATION SOURCE**

**SECCIÓN D. INSTRUCCIONES DE VERIFICACIÓN. DEBE SER COMPLETADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO U OTRA FUENTE DE VERIFICACIÓN.**

This section is to be completed by the verification source identified by the family who has knowledge of the household member disability and can attest that the accommodation requested is related to the disability and their participation in the housing program.

*Esta sección debe ser completada por la fuente de verificación identificada por la familia que tiene conocimiento de la discapacidad del miembro del hogar y puede dar fe de que la adaptación solicitada está relacionada con la discapacidad y su participación en el programa de vivienda.*



## Pinellas County Housing Authority

11479 Ulmerton Road, Largo, FL 33778

Phone: 727.443.7684 • TDD: 800.955.8770

Fax: 727.489.0788 • TTY: 800.955.8771

Website: PinellasHousing.com Email: reasonable@pinellashousing.com

The Pinellas County Housing Authority (PCHA) provides reasonable accommodation to individuals with disabilities who have a disability related need for the accommodation. A reasonable accommodation is an exception made to the usual rules or policies that may be necessary for the participant due to a disability. Examples may include: receiving information in alternative format, providing interpreter services, modifying a housing unit (e.g., grab bars, raised toilet, etc.), transferring to another unit, live-in aide, etc. The individual identified in Section A of this form has authorized you to provide verification in support of their current request listed in Section B. Please complete the information in Part D and return to the PCHA Section 504 Coordinator, 11479 Ulmerton Rd, Largo, FL 33778 or email to reasonable@pinellashousing.com. **Do NOT** include medical diagnosis or other personal information related to health or medical conditions of the household member.

*La Autoridad de Vivienda del Condado de Pinellas (PCHA) ofrece adaptaciones razonables a personas con discapacidad que necesitan adaptaciones relacionadas con su discapacidad. Una adaptación razonable es una excepción a las normas o políticas habituales que el participante puede necesitar debido a su discapacidad. Algunos ejemplos incluyen: recibir información en un formato alternativo, proporcionar servicios de interpretación, modificar la unidad de vivienda (p. ej., barras de apoyo, inodoro elevado, etc.), trasladarse a otra unidad, contar con un asistente residente, etc. La persona identificada en la Sección A de este formulario le ha autorizado a proporcionar verificación en apoyo de su solicitud actual, que se detalla en la Sección B. Complete la información en la Parte D y devuélvala al Coordinador de la Sección 504 de PCHA, 11479 Ulmerton Rd, Largo, FL 33778, o envíela por correo electrónico a reasonable@pinellashousing.com. **NO** incluya diagnósticos médicos ni otra información personal relacionada con la salud o las afecciones médicas del miembro del hogar.*

Thank you for your assistance in completing this form. The information obtained will be kept confidential and used solely by PCHA to determine the need for the specific accommodation(s) listed in Part A.

*Gracias por su ayuda para completar este formulario. La información obtenida se mantendrá confidencial y será utilizada exclusivamente por PCHA para determinar la necesidad de las adaptaciones específicas que se indican en la Parte A.*

1. Is the household member identified above disabled as defined below? *¿El miembro del hogar identificado anteriormente tiene una discapacidad según se define a continuación?*  
☐ Yes / Sí ☐ No
  - a. If Yes, is this disability a permanent condition? *En caso afirmativo, ¿es esta discapacidad una condición permanente?* ☐ Yes / Sí ☐ No
2. Is the accommodation requested in Section B. related to the disability? *¿La adaptación solicitada en la Sección B está relacionada con la discapacidad?* ☐ Yes / Sí ☐ No
3. Please explain why the individual needs the specific requested accommodation(s) and describe specifically how the requested accommodation(s) will enable the individual to have the opportunity to access housing, maintain housing, or fully use/enjoy housing and/or any programs offered by PCHA. If in your professional opinion the individual does not require the requested accommodation(s), please explain. Please print. *Explique por qué la persona necesita las adaptaciones solicitadas y describa específicamente cómo estas le permitirán acceder a una vivienda, conservarla o usarla/disfrutarla plenamente, o de cualquier programa ofrecido por PCHA. Si, en su opinión profesional, la persona no necesita las adaptaciones solicitadas, explique. Por favor, escriba en letra de imprenta.*



## Pinellas County Housing Authority

11479 Ulmerton Road, Largo, FL 33778

Phone: 727.443.7684 • TDD: 800.955.8770

Fax: 727.489.0788 • TTY: 800.955.8771

Website: PinellasHousing.com Email: reasonable@pinellashousing.com

Definition of Disabled: A person with a disability is a person who has a physical or mental impairment that substantially limits one or more major life activity. This includes people who have a record of such an impairment, even if they do not currently have a disability. It also includes individuals who do not have a disability but are regarded as having a disability. *Definición de Discapacitado: Una persona con discapacidad es una persona que tiene una discapacidad física o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida. Esto incluye a quienes tienen antecedentes de dicha discapacidad, incluso si actualmente no tienen una discapacidad. También incluye a quienes no tienen una discapacidad, pero se considera que la tienen.*

**Warning: Section 1001 of Title 18 of the U.S. Code makes it a criminal offense to make willful false statements or misrepresentation to any Department or Agency of the United States as to any matter within its jurisdiction. Advertencia: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los EE. UU. establece que es un delito penal realizar declaraciones falsas o tergiversaciones intencionales a cualquier Departamento o Agencia de los Estados Unidos sobre cualquier asunto dentro de su jurisdicción.**

\_\_\_\_\_  
Name and Professional Title/Credentials of Evaluator/Diagnostician  
*Nombre y título profesional/credenciales del evaluador/diagnosticador*

\_\_\_\_\_  
Signature of Evaluator/Diagnostician  
*Firma del evaluador/diagnosticador*

\_\_\_\_\_  
Date  
*Fecha*

**This form must be returned to the PCHA office by the knowledgeable professional either by mail to our office located at 11479 Ulmerton Rd, Attn: PCHA Section 504 Coordinator, Largo, FL 33778, fax at (727) 489 - 0788 or email to [reasonable@pinellashousing.com](mailto:reasonable@pinellashousing.com).**

**Este formulario debe ser devuelto a la oficina de PCHA por el profesional capacitado, ya sea por correo a nuestra oficina ubicada en 11479 Ulmerton Rd, Attn: PCHA Section 504 Coordinator, Largo, FL 33778, por fax al (727) 489 - 0788 o por correo electrónico a [reasonable@pinellashousing.com](mailto:reasonable@pinellashousing.com).**



**Pinellas County Housing Authority**

11479 Ulmerton Road, Largo, FL 33778

Phone: 727.443.7684 • TDD: 800.955.8770

Fax: 727.489.0788 • TTY: 800.955.8771

Website: PinellasHousing.com Email: reasonable@pinellashousing.com

---

**SECTION E. PCHA USE.**

**SECCIÓN E. USO DE PCHA.**

Date Verification Form Received *del formulario de verificación* : \_\_\_\_\_

Accommodation Status *Estado del alojamiento*

☐

Approved  
Aprobado

☐

Denied  
Denegado

☐

Unreasonable. Alternative Provided:  
Irrazonable. Alternativa proporcionada: \_

---

---

---

---

---

Denial Justification *Justificación de la negación*

---

---

---

---

---

---

---