

KIỂM NHẬN TÌNH TRẠNG KHUYẾT TẬT CHO QUẬN CAM, KHU VỰC CA

HOUSING AUTHORITY USE ONLY:

SERVICE PROVIDER _____

ADDRESS _____

EMAIL _____

PHONE _____ FAX _____

CONTACT _____

PHA DESIGNATED HEAD OF HOUSEHOLD:

TENANT ID _____

AHA GGHA OCHA SAHA

Bệnh nhân dưới đây nộp đơn xin trợ cấp gia cư theo chương trình của Bộ Phát Triển Đô Thị và Gia Cư Hoa Kỳ (HUD). Luật lệ của HUD quy định việc kiểm nhận thông tin liên hệ đến sự hợp lệ của chương trình. Để tuân thủ với quy định này, chúng tôi yêu cầu sự hợp tác của quý vị để hoàn tất và gửi trở lại mẫu kiểm nhận này trong vòng 10 ngày qua fax, thư tín, hay điện thư cho thực thể nêu trên. Mọi thắc mắc về mẫu này có thể trực tiếp liên lạc với người đặc trách liên lạc phía trên. Xin cảm ơn về sự trợ giúp của quý vị trong vấn đề này.

Tên Bệnh Nhân: _____ SS (4 số sau cùng)#: _____ Ngày, Tháng, Năm Sinh: _____

Địa Chỉ: _____
Chữ Ký Bệnh Nhân: _____ Ngày: _____

PHẢI ĐƯỢC HOÀN TẤT BỞI CHUYÊN GIA AM HIỂU

KHUYẾT TẬT: (XIN CHỈ GẠCH MỘT Ô)

Luật Lệ: 24 CFR 5-403 xác định tiêu chuẩn của HUD cho những người được coi như thuộc thành phần khuyết tật nếu họ có một khuyết tật được xác định trong Điều Khoản 223 [42 U.S.C. 423]:

“Không có khả năng tham gia trong bất cứ hoạt động có lợi chính yếu bởi bất cứ lý do sự tổn hại về thể chất hay tinh thần có thể xác định được bởi y khoa mà có thể đưa đến kết quả tử vong hay tồn tại **hay** có thể mong đợi tồn tại trong một thời hạn liên tục không qua hơn 12 tháng; **hay** trong trường hợp của một cá nhân đến tuổi 55 và bị khuyết thị (trong ý nghĩa của “khuyết thị” được định nghĩa trong điều khoản 216(i)(1)), không khả năng bởi lý do của một sự khuyết thị như vậy để tham gia trong một hoạt động có lợi chính yếu đòi hỏi sự khéo léo của khả năng so sánh với những hoạt động có lợi trong đó người này trước đó đã tham gia một cách đều đặn và trong một thời gian khá lâu.” **Hay** có một sự khuyết tật phát triển định nghĩa trong [42 U.S.C. 6001].

Khuyết Tật Phát triển: được định nghĩa như là một khuyết tật được qui vào bất cứ những điều kiện sau đây: Khuyết tật trí tuệ, Bại Não (Cerebral palsy), Động Kinh (Epilepsy), Bệnh Tự Kỳ (Autism), hay những điều kiện khuyết tật được tìm thấy liên hệ mật thiết với sự khuyết tật trí tuệ/nhận thức hay đòi hỏi chữa trị tương đương với sự bắt buộc cho những cá nhân với sự khuyết tật trí tuệ. Sự khuyết tật phải khởi nguồn trước mười tám (18) tuổi và có thể phải tiếp tục vô thời hạn, và tạo thành như một “khuyết tật chính yếu” cho cá nhân được định nghĩa bởi [Title 17, Điều Khoản 54001 của Luật Tiểu Bang California](#). Những chi tiết phụ trội liên quan đến thể nào là một sự khuyết tật chính yếu được định nghĩa có thể tìm thấy trong [ARCA's Clinical Recommendations for Defining Substantial Disability](#).

(XIN CHỈ GẠCH MỘT Ô)

Tôi xin xác nhận theo định nghĩa này, cá nhân tên phía trên là khuyết tật không khuyết tật.

Cảnh Báo: Sẽ là việc trái luật khi “biết rõ và cố ý” đưa ra “bất kỳ tuyên bố hay sự trình bày sai sự thật, hư cấu, hoặc gian lận nào” đối với một cơ quan liên bang. Vi phạm có thể sẽ bị trừng phạt theo Điều Khoản 2 của Đạo Luật Tuyên Bỏ Sai Sự Thật bởi hình phạt bằng tiền và/hay bị giam cầm không quá 5 năm. [18 U.S.C. § 1001]

Tôi, tuyên bố, chiếu theo qui định hình phạt về tội khai gian theo luật của Hoa Kỳ và Tiểu Bang California, rằng những thông tin trên là tôi khai đúng sự thật, chính xác, và đầy đủ.

Tên bằng chữ In _____ Chức Vụ _____ Ngày _____

Chữ Ký của Chuyên Gia Am Hiểu _____ Điện Thoại _____ Số Giấy Phép _____

Tên Tổ Chức _____ Địa Chỉ _____ Thành Phố/Tiểu Bang _____ Zip Code _____

Internal Use Only: Annual: _____ Interim Initial

version 04.10.2024

Mẫu Đơn Xác Nhận Tình Trạng Gây Ra Tàn Tật

Tên Bệnh Nhân		Ngày Sinh	
----------------------	--	------------------	--

Là người ký tên bên dưới, tôi xác nhận rằng người có tên bên trên đã được chẩn đoán, hoặc tôi đã chẩn đoán mắc một trong các bệnh trạng sau đây:

<input type="checkbox"/> Rối loạn do lạm dụng dược chất
<input type="checkbox"/> Bệnh Tâm Thần Nghiêm Trọng
<input type="checkbox"/> Khuyết Tật Phát Triển (Như định nghĩa bởi 42 U.S.C. 15002)
<input type="checkbox"/> Rối Loạn Căng Thẳng Sau Chấn Thương
<input type="checkbox"/> Suy giảm chức năng nhận thức do tổn thương não
<input type="checkbox"/> Bệnh mạn tính hoặc hoặc khuyết tật

Rằng bệnh trạng bên trên dự kiến tiếp tục kéo dài hoặc vô hạn: Có Không

Rằng bệnh trạng bên trên cản trở khả năng sống độc lập của người này: Có Không

Khả năng sống độc lập của người này sẽ được cải thiện bởi điều kiện nhà ở thích hợp hơn: Có Không

Xác nhận phải được cung cấp bởi một nguồn có năng lực, có giấy phép của tiểu bang, có thể bao gồm các nhà cung cấp dịch vụ y tế, Nhà Trị Liệu Hôn Nhân và Gia Đình Có Giấy Phép (LMFT), Công Tác Viên Xã Hội Lâm Sàng Có Giấy Phép (LCSW), các bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe điều trị cho bệnh nhân như nêu trong Đạo Luật An Sinh Xã Hội – 42 U.S.C. Mục 423.

Tên		Giấy phép #	
Danh xưng		Tổ Chức/ Công Ty	
Địa chỉ		Điện thoại #	
Chữ ký		Ngày	

