



**FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION**

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Jill Berry, Deputy Commissioner  
 Office of Program Support

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner  
 Office of Procedures

**POLICY BULLETIN # 15-26-OPE**

**CHANGE IN ADDRESS ON HOME VISIT NEEDED (HVN) FORMS: FIA-1028A, HRA-102, HRA-102A, AND HRA-108**

<p><b>Date:</b>            March 26, 2015</p>	<p><b>Subtopic(s):</b>            HVN, Lovely H., Forms</p>								
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform all Job Center and Non-Cash Assistance (NCA) Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Center staff that the following forms regarding Home Visit Needed (HVN) have been revised to reflect the Agency's new addresses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notification of Home Visit Needed/Homebound Status Determination (<b>FIA-1028a</b>)</li> <li>• Request for an Appeal of a Reasonable Accommodation Determination (<b>HRA-102</b>)</li> <li>• Reasonable Accommodation Request (RAR) Form (<b>HRA-102a</b>)</li> <li>• HIPAA Authorization for the Disclosure of Individual Health Information (<b>HRA-108</b>)</li> </ul> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p><b>Related Item:</b></p> <p><a href="#"><u>PB-14-29-OPE</u></a></p>								
<p> Please use Print on Demand to obtain copies of forms.</p>	<p><b>Attachments:</b></p> <table> <tr> <td><b>FIA-1028a</b></td> <td>Notification of Home Visit Needed/Homebound Status Determination (Rev.3/26/15)</td> </tr> <tr> <td><b>FIA-1028a (S)</b></td> <td>Notification of Home Visit Needed/Homebound Status Determination (Spanish) (Rev.3/26/15)</td> </tr> <tr> <td><b>HRA-102</b></td> <td>Request for an Appeal of a Reasonable Accommodation Determination (Rev.3/26/15)</td> </tr> <tr> <td><b>HRA-102 (S)</b></td> <td>Request for an Appeal of a Reasonable Accommodation Determination (Spanish) (Rev.3/26/15)</td> </tr> </table>	<b>FIA-1028a</b>	Notification of Home Visit Needed/Homebound Status Determination (Rev.3/26/15)	<b>FIA-1028a (S)</b>	Notification of Home Visit Needed/Homebound Status Determination (Spanish) (Rev.3/26/15)	<b>HRA-102</b>	Request for an Appeal of a Reasonable Accommodation Determination (Rev.3/26/15)	<b>HRA-102 (S)</b>	Request for an Appeal of a Reasonable Accommodation Determination (Spanish) (Rev.3/26/15)
<b>FIA-1028a</b>	Notification of Home Visit Needed/Homebound Status Determination (Rev.3/26/15)								
<b>FIA-1028a (S)</b>	Notification of Home Visit Needed/Homebound Status Determination (Spanish) (Rev.3/26/15)								
<b>HRA-102</b>	Request for an Appeal of a Reasonable Accommodation Determination (Rev.3/26/15)								
<b>HRA-102 (S)</b>	Request for an Appeal of a Reasonable Accommodation Determination (Spanish) (Rev.3/26/15)								

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?  
 Call 718-557-1313 then press 3 at the prompt followed by 1 or  
 send an e-mail to *FIA Call Center Fax* or fax to: (917) 639-0298

<b>HRA-102a</b>	Reasonable Accommodation Request (RAR) Form (Rev.3/26/15)
<b>HRA-102a (S)</b>	Reasonable Accommodation Request (RAR) Form (Spanish) (Rev.3/26/15)
<b>HRA-108</b>	HIPAA Authorization for the Disclosure of Individual Health Information (Rev.3/26/15)
<b>HRA-108 (S)</b>	HIPAA Authorization for the Disclosure of Individual Health Information (Spanish) (Rev.3/26/15)

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_

### Notification of Home Visit Needed/Homebound Status Determination

Our records show that \_\_\_\_\_ has requested Home Visit Needed (HVN)/Homebound (HB) status.

The Human Resources Administration's (HRA) determination concerning your request for HVN/HB status is as follows:

- Your request for HVN/HB status has been approved for **more than one year**. HRA may contact you in the future to obtain updated medical documentation.
- Your request for HVN/HB status has been approved for **12 months** (one year). We will contact you before your **12 months** (one year) expire to determine if your HVN/HB status should be extended.
- Your request for HVN/HB status has been approved for **6 months**. We will contact you before your **6 months** expire to determine if your HVN/HB status should be extended.
- Your request for HVN/HB status has been approved for **3 months**. We will contact you before your **3 months** expire to determine if your HVN/HB status should be extended.

**Note:** You are still required to comply with requests for documentation/verification of your eligibility.

- Your request for HVN/HB status has been disapproved, because HRA did not receive the required medical documentation to support your claim of HVN/HB status **or** HRA has been unable to obtain the documentation from your provider.
- Your request for HVN/HB status has been disapproved because HRA has determined that the medical documentation we received does not support HVN/HB status.
- Your request for HVN/HB status has been disapproved because WeCARE has made the clinical determination that your medical condition(s) do not support HVN/HB status.

#### Americans With Disabilities Act (ADA) Appeal Process

You or your authorized representative may appeal HRA's decision about your HVN/HB status. To file an appeal, please submit your request for an appeal in writing within **20 calendar days** of this determination. Individuals who need assistance filing their appeal because of a physical and/or mental condition may contact the Office of Constituent Services for assistance at (212) 331-4640 or may e-mail the appeal to [constituentaffairs@hra.nyc.gov](mailto:constituentaffairs@hra.nyc.gov). For your convenience, we have enclosed the Request for an Appeal of a Reasonable Accommodation Determination (Form **HRA-102**). You may complete the **HRA-102** and submit it to the address below. Appeal requests may be directed to:

**ADA Compliance Officer**  
**150 Greenwich Street, 38th Floor**  
**New York, New York 10007**  
**Fax: (917) 639-0333**  
**Email: [adaola@hra.nyc.gov](mailto:adaola@hra.nyc.gov)**

Until HRA makes a decision on your filed appeal, you will not be required to attend any in-person appointments at an HRA office. If you do not file an appeal, you may be required to appear for an appointment.



Fecha: \_\_\_\_\_  
 Número del Caso: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Centro: \_\_\_\_\_

### Aviso de Determinación de Estado de Necesidad de Visitas/Confinamiento al Hogar

Nuestros archivos indican que \_\_\_\_\_ ha solicitado un estado de Necesidad de Visitas/Confinamiento al Hogar (HVN/HB).

La decisión de la Administración de Recursos Humanos (HRA) respecto a su petición de estado de HVN/HB es la siguiente:

- Su petición de estado de HVN/HB ha sido aprobada por **más de un año**. La HRA podría comunicarse con usted en un futuro para obtener documentación médica actualizada.
- Su petición de estado de HVN/HB ha sido aprobada por **12 meses** (un año). Nos comunicaremos con usted antes de que sus **12 meses** (un año) se terminen para determinar si su estado de HVN/HB debiera ser extendido.
- Su petición de estado de HVN/HB ha sido aprobada por **6 meses**. Nos comunicaremos con usted antes de que sus **6 meses** se terminen para determinar si su estado de HVN/HB debiera ser extendido.
- Su petición de estado de HVN/HB ha sido aprobada por **3 meses**. Nos comunicaremos con usted antes de que sus **3 meses** se terminen para determinar si su estado de HVN/HB debiera ser extendido.

**Aviso:** Aún se requiere que usted cumpla con los pedidos de documentación/verificación de su elegibilidad.

- Su petición de estado de HVN/HB ha sido negada, porque la HRA no recibió la documentación médica necesaria para justificar su reclamación de estado de HVN/HB o la HRA no ha podido obtener información de su proveedor médico.
- Su petición de estado de HVN/HB ha sido negada, porque la HRA ha determinado que la documentación médica que recibimos no justifica su estado de HVN/HB.
- Su petición de estado de HVN/HB ha sido negada, porque WeCARE ha determinado que su condición(es) médica no justifica su estado de HVN/HB.

#### Trámite de Apelación de la Ley de Americanos Incapacitados (ADA)

Usted o su representante autorizado pueden apelar esta determinación de la HRA sobre su estado de HVN/HB. Para presentar una apelación, favor de presentar su pedido por escrito dentro de **20 días civiles** de esta determinación. Las personas que necesiten asistencia para presentar apelación debido a un problema físico y/o mental pueden comunicarse con la Office de Constituent Services (Oficina de Servicios al los Electores) al (212) 331-4640 o pueden enviar la apelación por correo electrónico a [constituentaffairs@hra.nyc.gov](mailto:constituentaffairs@hra.nyc.gov). Para su conveniencia, hemos incluido un formulario de Pedido de Apelación de una Determinación de Arreglo Razonable (**HRA-102 [S]**). Usted debe completar el (**HRA-102 [S]**) y enviarlo a la dirección indicada abajo. Las solicitudes de apelación pueden presentarse a:

**ADA Compliance Officer**  
**150 Greenwich Street, 38th Floor**  
**New York, New York 10007**  
**Fax: (917) 639-0333**  
**Email: [adaola@hra.nyc.gov](mailto:adaola@hra.nyc.gov)**

Hasta que la HRA tome una decisión sobre su apelación presentada, a usted no se le exigirá que asista a ninguna cita en persona en la oficina de la HRA. Si no presenta su apelación, puede que se le exija que asista a una cita.

## Request for an Appeal of a Reasonable Accommodation Determination

**INSTRUCTIONS:**

Complete and submit this form within twenty (20) calendar days from the date on the determination form(s) to:  
ADA Compliance Unit  
150 Greenwich Street 38<sup>th</sup> Floor  
New York, NY 10007  
Fax: (917) 639-0333  
E-mail: [adaola@hra.nyc.gov](mailto:adaola@hra.nyc.gov)

Appeals should be submitted in writing. You may attach any supporting medical documentation to this form. Individuals who cannot complete written forms due to physical and/or mental condition(s) may contact the Office of Constituent Services (OCS) for assistance at **(212) 331-4640**.

**Section I – HRA Client Information:**

Name (*Please Print Clearly*): \_\_\_\_\_ Case Number (*If Known*): \_\_\_\_\_  
Social Security Number (*If Known*): \_\_\_\_\_ Telephone Number: \_\_\_\_\_  
Mailing Address: \_\_\_\_\_

HRA Program/Service (*If Known*): \_\_\_\_\_ Center No. (*If Known*): \_\_\_\_\_

**Section II – Reasonable Accommodation(s) You Wish to Appeal:**

You may use this form to appeal more than one determination.

1) Please describe the reasonable accommodation(s) that were denied and the date of denial. (You may attach additional sheets, if necessary.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) Please tell us why you think HRA's decision was wrong: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) Were you offered an alternative accommodation? If so, explain here: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

If you were offered an alternative accommodation, please indicate by checking the appropriate box below, whether you will accept that alternative accommodation.

- Yes, I will accept the alternative accommodation.
- No, I will not accept the alternative accommodation. Please explain why: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HRA Applicant/Participant Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

-or-

Authorized Representative Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_ Relationship to Applicant/Participant: \_\_\_\_\_

**For internal use only:**  Completed by Office of Constituent Services: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Petición de Apelación de la Determinación de Arreglo Razonable

### INSTRUCCIONES:

Llene y presente este formulario dentro de veinte días (20) civiles desde la fecha en el/los formulario(s) de determinación a:

ADA Compliance Unit  
150 Greenwich Street 38<sup>th</sup> Floor  
New York, NY 10007  
Fax: (917) 639-0333  
E-mail: [adaola@hra.nyc.gov](mailto:adaola@hra.nyc.gov)

Las apelaciones deben presentarse por escrito. Usted puede adjuntar cualquier documentación médica justificativa a este formulario. Las personas que no pueden llenar los formularios por escrito debido a un problema físico y/o mental pueden comunicarse con la Oficina de Servicios Constituyentes (OCS) para asistencia al **(212) 331-4640**.

### Sección I – Información del Cliente de la HRA:

Nombre (*Favor de Usar Letra Molde*): \_\_\_\_\_ Número del Caso (*De Saberlo*): \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (*De Saberlo*): \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Programa/Servicio de la HRA (*De Saberlo*): \_\_\_\_\_ Núm. del Centro (*De Saberlo*): \_\_\_\_\_

### Sección II – Arreglo(s) Razonable(s) Que Usted Desea Apelar:

Usted puede usar este formulario para apelar más de una determinación.

1) Favor de describir el/los arreglo(s) razonable(s) que se le denegaron y la fecha de la denegación. (Usted puede adjuntar hojas adicionales, si necesario.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) Favor de indicar la razón por la cual usted considera que la decisión de la HRA fue errónea: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) ¿Le ofrecieron a usted un arreglo alternativo? En tal caso, explique a continuación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si a usted se le ofreció un arreglo alternativo, favor de indicar, marcando la casilla apropiada más abajo, si usted aceptará el arreglo alternativo.

Sí, aceptaré el arreglo alternativo.

No, no aceptaré el arreglo alternativo. Favor de explicar por qué no: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante/Participante de HRA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

-o-

Firma del Representante Autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Relación con el Solicitante/Participante: \_\_\_\_\_

For internal use only:  Completed by Office of Constituent Services: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## REASONABLE ACCOMMODATION REQUEST (RAR) FORM

If you have a disability and need help to take part in HRA programs and services, you may request a reasonable accommodation. Some examples of reasonable accommodations are scheduling appointments to avoid rush hour travel, priority appointments to minimize wait time at HRA offices, and assistance reading forms and notices. HRA provides reasonable accommodations to individuals with disabilities to ensure that such individuals receive meaningful access to HRA's programs, benefits and services.

<b>INSTRUCTIONS AND INFORMATION</b>
<p>➤ To assist HRA in making a determination on your request for a reasonable accommodation, please complete and submit <b>pages 2, 3 and 4</b> of this form to:</p> <p style="text-align: center;">Human Resources Administration            Office of Constituent Services (OCS)            150 Greenwich Street, 31st Floor            New York, NY 10007</p> <p>You may also fax the forms to <b>(212) 331-4685</b> or submit your request to your worker.</p>
<p>➤ You must submit any medical documentation supporting your request with this form or within <b>twenty (20) days</b> of this request.</p>
<p>➤ Please ask your medical provider to complete and sign the Request for Medical Information Form (enclosed) or appropriate signed medical documentation on the medical provider's letterhead and return the form/documentation to you.</p>
<p>➤ You are responsible for returning your medical documentation to HRA in support of this request.</p>
<p>➤ If your medical or mental health conditions make it difficult for you to complete this form you may contact HRA at <b>(212) 331-4640</b> for assistance.</p>
<p>➤ If your medical or mental health conditions make it difficult for you to gather medical documentation in support of your request, you must contact HRA at <b>(212) 331-4640</b> for assistance. Please complete the enclosed HIPAA Authorization for the Disclosure of Individual Health Information (<b>HRA-108 [E]</b>) form and send it to the Office of Constituent Services at <b>150 Greenwich Street, 31st Floor, New York, NY 10007</b>.</p>
<p>➤ HRA will mail you a confirmation number to acknowledge receipt of your Reasonable Accommodation Request.</p>
<p>➤ HRA will review all documentation provided by you and your medical provider and send you a written notice regarding our determination on your Reasonable Accommodation Request.</p>
<p>➤ In most cases, while HRA evaluates your request and makes a final determination, you will receive the reasonable accommodation you requested.</p>
<p>➤ If you are denied a reasonable accommodation or dissatisfied with an accommodation offered, you may file an appeal within <b>twenty (20) days</b> of the determination with the HRA ADA Compliance Officer. The determination form will provide you instructions for filing an appeal.</p>

### REASONABLE ACCOMMODATION REQUEST (RAR) FORM

**Name (Please Print):** \_\_\_\_\_ **Case Number, if known:** \_\_\_\_\_

**Social Security Number, if known:** \_\_\_\_\_ **Telephone Number:** \_\_\_\_\_

**Mailing Address:** \_\_\_\_\_ **Center Number, if known:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HRA Program Name, if known:** \_\_\_\_\_

- 1) Have you been medically evaluated by HRA's WeCARE program within the last year?  Yes  No
- 2) Has an application for supportive housing (HRA 2010e) been submitted to HRA for you within the past year?  Yes  No
- 3) Do you receive federal disability benefits (SSI and/or SSDI)?  Yes  No
- 4) Do you receive Home Care Services or have a Home Attendant?  Yes  No

If you have answered "yes" to question 4, please indicate the number of hours you receive per day, the number of days per week for which you receive services and the reason(s) you receive home care services.

\_\_\_\_\_

- 5) Describe your medical or mental health condition, the reasonable accommodation you are requesting and why you need it. (Attach additional sheets, if needed, and any medical information you choose to provide in support of your requested accommodation.)

\_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Print Name:** \_\_\_\_\_

**Authorized Representative's Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Print Name:** \_\_\_\_\_



### REQUEST FOR MEDICAL INFORMATION FORM

#### INSTRUCTIONS FOR MEDICAL PROVIDER

Your patient has requested that the New York City Human Resources Administration (HRA) provide him/her with a reasonable accommodation/modification in order to receive meaningful access to HRA's programs, benefits and services. Please provide a detailed description of the specific physical and/or mental condition(s) that affects the patient's ability to perform certain tasks and engage in certain activities, any reasonable accommodation/modification needed and the relationship between the accommodation/modification and the patient's impairment. You may attach additional medical information to the forms as needed.

**Please return this completed form to the patient.**

**Name of Patient** (Please Print): \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Social Security Number**, if known: \_\_\_\_\_ **Case Number**, if known: \_\_\_\_\_

**Name of Medical Provider:** \_\_\_\_\_

**Address of Medical Provider:** \_\_\_\_\_ **Telephone Number of Medical Provider:** \_\_\_\_\_

SAMPLE

1) Please state patient's medical and/or mental health condition(s):

[Empty box for patient's medical and/or mental health condition(s)]

2) Please provide a detailed description of the specific physical and/or mental health restrictions/limitations affecting the patient's ability to perform certain tasks and engage in certain activities. Please describe how the impairment affects the patient's daily functioning.

[Empty box for detailed description of restrictions/limitations]

**REQUEST FOR MEDICAL INFORMATION FORM (Continued)**

- 3) Indicate whether the patient's condition(s) is permanent, chronic or temporary. If the patient's condition(s) is temporary, please state its anticipated duration.

- 4) Indicate what treatment if any the patient is currently receiving associated with his/her medical and/or mental health conditions(s) including, but not limited to, any medication or therapy.

- 5) Please describe the reasonable accommodation/modification needed by the patient and the relationship between it and client's medical and/or mental health conditions.

- 6) Does the patient's physical and/or mental health condition(s) make it difficult for the patient to perform the following activities? (If so, please fully describe the difficulties the patient has for each checked box):

- Walking and/or Climbing Stairs. Describe: \_\_\_\_\_
- Traveling and/or Taking Public Transportation. Describe: \_\_\_\_\_
- Cognitive Functions (i.e. concentrating, remembering, understanding). Describe: \_\_\_\_\_
- Sitting or Standing for extended periods of time. Describe: \_\_\_\_\_
- Being in crowded places. Describe: \_\_\_\_\_

**Medical Provider's Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Medical Provider's License number:** \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE PETICIÓN DE ARREGLO RAZONABLE (RAR)

Si usted está incapacitado(a) y necesita ayuda para participar en los programas y servicios de la HRA, puede solicitar un arreglo razonable. Algunos ejemplos de arreglos razonables son la programación de citas para evitar la hora punta, las citas prioritarias para minimizar el tiempo de espera en las oficinas de la HRA, y la asistencia para leer formularios y avisos. La HRA brinda arreglos razonables a las personas incapacitadas para garantizar que éstas reciban acceso eficaz a los programas, beneficios, y servicios de la HRA.

<b>INSTRUCCIONES E INFORMACIÓN</b>
<p>➤ A fin de que la HRA pueda llegar a una determinación respecto a su petición de un arreglo razonable, favor de llenar y presentar <b>las páginas 2, 3 y 4</b> de este formulario a:</p> <p style="text-align: center;">Human Resources Administration Office of Constituent Services (OCS) 150 Greenwich Street, 31st Floor New York, NY 10007</p> <p>Usted también puede faxear los formularios al <b>(212) 331-4685</b> o presentar su petición a su trabajador.</p>
<p>➤ Usted debe presentar toda documentación médica que justifique su petición junto con este formulario o dentro de <b>veinte (20) días</b> de la fecha de la misma petición.</p>
<p>➤ Favor de pedirle a su proveedor médico que llene y firme el adjunto Formulario de Petición de Información Médica o la documentación médica apropiada y firmada en el membrete del proveedor médico, para que luego le devuelva a usted el formulario y/o la documentación.</p>
<p>➤ Usted es responsable de devolver a la HRA su documentación médica que justifique la presente petición.</p>
<p>➤ Si su(s) afección(es) médica(s) y/o psiquiátrica(s) le dificultan llenar este formulario, usted puede comunicarse con la HRA al <b>(212) 331-4640</b> para obtener asistencia.</p>
<p>➤ Si su(s) afección(es) médica(s) y/o psiquiátrica(s) le dificultan reunir la documentación médica para justificar su petición, usted debe comunicarse con la HRA al <b>(212) 331-4640</b> para obtener asistencia. Favor de llenar el adjunto Autorización HIPAA para la Divulgación de Información Médica Personal (<b>HRA-108 [S]</b>) formulario y de enviarlo a la Office of Constituent Services en <b>150 Greenwich Street, 31st Floor, New York, NY 10007</b>.</p>
<p>➤ La HRA le enviará a usted por correo un número de confirmación para acusar recibo de su Petición de Arreglo Razonable.</p>
<p>➤ La HRA revisará toda documentación proporcionada por usted y su proveedor médico y le enviará a usted un aviso por escrito sobre nuestra determinación respecto a su Petición de Arreglo Razonable.</p>
<p>➤ En la mayoría de los casos, usted recibirá el arreglo razonable solicitado mientras que la HRA esté evaluando su petición para llegar a una determinación final.</p>
<p>➤ Si a usted se le niega el arreglo razonable, o si usted no está satisfecho(a) con el arreglo concertado, puede interponer apelación ante el ADA Compliance Officer (Oficial de Cumplimiento) de la HRA dentro de <b>veinte (20) días</b> de la determinación. El formulario de determinación incluirá instrucciones para interponer la apelación.</p>

## FORMULARIO DE PETICIÓN DE ARREGLO RAZONABLE (RAR)

**Nombre** (En Letra de Molde): \_\_\_\_\_ **Número del Caso**, de saberlo: \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social**, de saberlo: \_\_\_\_\_ **Número de Teléfono**: \_\_\_\_\_

**Dirección Postal**: \_\_\_\_\_ **Núm. de Centro**, de saberlo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Programa de la HRA**, de saberlo: \_\_\_\_\_

1) ¿Se ha sometido usted a evaluación médica por el programa de WeCARE de la HRA durante el año en curso?  Sí  No

2) ¿Se ha presentado a la HRA una solicitud de vivienda de apoyo (HRA 2010e) a nombre suyo durante el año en curso?  Sí  No

3) ¿Recibe usted beneficios federales para incapacitados (SSI y/o SSDI)?  Sí  No

4) ¿Recibe usted Servicios de Atención Doméstica (Home Care Services) o tiene usted un Asistente Doméstico (Home Attendant)?  Sí  No

Si usted contestó "Sí" a la pregunta 4, favor de indicar el número de horas y de días a la semana que usted recibe servicios, al igual que la(s) razón(es) por la(s) cual(es) usted recibe atención doméstica.

5) Describa su afección médica o psiquiátrica, el arreglo razonable que usted está solicitando, y la razón por la cual lo necesita. (Adjunte hojas adicionales, de ser necesarias, al igual que cualquier información médica que usted elija proporcionar para justificar su arreglo solicitado.)

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre en Letra de Molde:** \_\_\_\_\_

**Firma del Representante Autorizado:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre en Letra de Molde:** \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE PETICIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

### INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR MÉDICO

Su paciente ha solicitado que la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la Ciudad de Nueva York le facilite a él/ella un(a) arreglo/modificación razonable para poder obtener acceso eficaz a los programas, beneficios, y servicios de la HRA. Favor de proporcionar una descripción detallada de toda(s) afección(es) física(s) y/o psiquiátrica(s) específica(s) que afecte(n) la capacidad del paciente realizar ciertas tareas y participar en ciertas actividades, todo(a) arreglo/modificación razonable necesario(a), y la relación entre el/la arreglo/modificación y la incapacidad del paciente. Usted puede adjuntar información médica adicional a los formularios, según convenga.

**Favor de devolver este formulario llenado al paciente.**

**Nombre del Paciente** (En Letra de Molde): \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social**, de saberlo: \_\_\_\_\_

**Número del Caso**, de saberlo: \_\_\_\_\_

**Nombre del Proveedor Médico:** \_\_\_\_\_

**Dirección del Proveedor Médico:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono del Proveedor Médico:** \_\_\_\_\_

1) Favor de indicar la(s) afección(es) médica(s) y/o psiquiátrica(s) del paciente:

SAMPLE

2) Favor de proporcionar una descripción detallada de toda restricción/limitación física y/o psiquiátrica específica que afecte la capacidad del paciente de realizar ciertas tareas y de participar en ciertas actividades. Favor de describir cómo la incapacidad afecta el funcionamiento cotidiano del paciente.

### FORMULARIO DE PETICIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA (Continuación)

3) Indique si la afección médica/psiquiátrica del paciente es permanente, crónica o temporaria. Si la(s) afección(es) del paciente es/son temporaria(s), favor de indicar la duración anticipada.

4) Indique el tratamiento, de haberlo, que el paciente actualmente recibe asociado con su(s) afección(es) médica(s) y/o psiquiátrica(s), incluido, pero sin limitarse a, todo medicamento o terapia.

5) Favor de describir el/la arreglo/modificación razonable que el paciente necesita y la relación entre el/la mismo(a) y la(s) afección(es) médica(s) y/o psiquiátrica(s) del cliente.

6) ¿Le dificulta al paciente la(s) afección(es) médica(s) y/o psiquiátrica(s) realizar las siguientes actividades? (En caso afirmativo, favor de describir en detalle las dificultades experimentadas por el paciente para cada casilla marcada):

Caminar y/o subir escaleras. Describa: \_\_\_\_\_

Viajar y/o trasladarse por transporte público. Describa: \_\_\_\_\_

Funciones cognitivas (o sea, la concentración, memoria, comprensión). Describa: \_\_\_\_\_

Sentarse o pararse por períodos prolongados. Describa: \_\_\_\_\_

Estar en sitios concurridos. Describa: \_\_\_\_\_

Firma del Proveedor Médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Número de Licencia del Proveedor Médico: \_\_\_\_\_

## HIPAA AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE OF INDIVIDUAL HEALTH INFORMATION

<b>Patient Name:</b>	<b>Social Security Number:</b>
<b>Patient Address:</b>	<b>Date of Birth:</b>

I, or my authorized representative, request that health information regarding my care and treatment be released as set forth on this form. In accordance with Article 27-F of the New York State Public Health Law, the Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), and 42 U.S.C. § 290dd-2 and its implementing regulations at 42 C.F.R. Part 2, I understand that:

1. This authorization may include disclosure of information relating to **ALCOHOL and DRUG ABUSE, MENTAL HEALTH TREATMENT**, except psychotherapy notes, and **CONFIDENTIAL HIV\* RELATED INFORMATION** only if I place my initials on the appropriate line in Item 10(b). In the event the health information described below includes any of these types of information, and I initial the line on the box in Item 10(b), I specifically authorize release of such information indicated in Item 10(b) to the NYC Human Resources Administration (HRA).
2. In the event that HRA determines that I am potentially eligible for federal disability benefits, I authorize HRA to release my medical and/or mental health treatment information, which may include confidential HIV related information and/or alcohol or drug treatment records to the Social Security Administration (SSA) for its review of my eligibility for federal disability benefits.
3. I understand that I have the right to request a list of people who may receive or use my HIV related information without authorization. If I experience discrimination because of the release or disclosure of HIV-related information, I may contact the New York State Division of Human Rights at **(212) 961-8650** or the New York City Commission of Human Rights at **(212) 306-7450**. These agencies are responsible for protecting my rights.
4. I understand that signing this authorization is voluntary. My treatment, payment to treatment providers, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits will not be conditioned upon my authorization of this disclosure. However, if I do not authorize HRA to share my medical information with SSA, this may result in a discontinuance of my Cash Assistance (CA) benefits.
5. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that HRA and my medical provider have already acted upon it. I may revoke this authorization at any time by writing to the health care provider at the address specified below and to HRA at: **NYC Human Resources Administration, Office of Constituent Services, 150 Greenwich Street, 31st Floor, New York, NY 10007**
6. Authorized recipients of my medical information may, in certain instances, have the right to redisclose my medical documentation without the need to obtain additional written consent from me. I understand that such redisclosures may no longer be protected by federal or state law.
7. **This authorization does not authorize my medical provider to discuss my health information or medical case with anyone other than the NYC Human Resources Administration as specified in item 10(b).**

### AUTHORIZATION TO DISCUSS HEALTH INFORMATION

8. Name and address of health provider or entity to release this information: \_\_\_\_\_

9. Name and address of agency to whom this information will be sent: **NYC Human Resources Administration, Customized Assistance Services, Office of Reasonable Accommodations, 150 Greenwich Street, 30th floor, New York, NY 10007**

10(a). Specific information to be released: **Medical records for the entire year prior to the signature date below.**  
Include (*Indicate by Initialing*):

Alcohol/Drug Treatment   
  Mental Health Information   
  HIV Related Information

10(b). By initialing here \_\_\_\_\_, I authorize \_\_\_\_\_  
(Initials) (Name of individual health care provider)  
 to discuss my health information with the **NYC Human Resources Administration**.

11. Reason for release of information: **At request of patient**

12. Date or event on which this authorization will expire: **One year from the date of signature**

13. If not the patient, name of person signing form: \_\_\_\_\_

14. Authority to sign on behalf of patient: \_\_\_\_\_

All items on this form have been completed and my questions about this form have been answered. In addition, I have been provided with a copy of the form.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Authorized Representative by Law

\_\_\_\_\_  
Date

**\*Human Immunodeficiency Virus that causes AIDS. The New York State Public Health Law protects information which reasonably could identify someone as having HIV symptoms or infection and information regarding a person's contacts.**

**AUTORIZACIÓN HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL**

<b>Nombre del Paciente:</b>		<b>Número de Seguro Social:</b>	
<b>Dirección del Paciente:</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>	

Yo, o mi representante autorizado, solicito(a) que información médica respecto a mi cuidado y tratamiento sea divulgada tal como se estipula en el presente formulario. Conforme al Artículo 27-F de la Ley del Estado de Nueva York de Salud Pública (New York State Public Health Law), la Regla de Intimidad de la Ley de 1996 de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 – HIPAA), y 42 U.S.C. § 290dd-2 y sus reglas de aplicación en 42 C.F.R. Part 2, entiendo que:

- Esta autorización puede incluir divulgación de información relacionada con **ALCOHOL y DROGADICCIÓN, TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO**, excepto notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON VIH\*** sólo si pongo mis iniciales en la línea indicada en el Artículo 10(b). Dado que la información médica definida más abajo incluya cualquier de estos tipos de datos, y de que la rúbrica con mis iniciales aparezca en la casilla en el Artículo 10(b), autorizo explícitamente la divulgación de tal información indicada en el Artículo 10(b) a la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York (NYC HRA).
- En caso de que la HRA determine que yo sea posiblemente elegible para beneficios federales por incapacidad, autorizo a la HRA para divulgar mis datos de tratamiento médico y/o psiquiátrico, lo que puede incluir información confidencial relacionada con VIH y/o expedientes de tratamiento para alcoholismo o drogadicción a la Administración de Seguro Social (SSA) para su revisión de mi elegibilidad para beneficios federales por incapacidad.
- Entiendo que tengo el derecho de solicitar una lista de las personas quienes pueden recibir o utilizar mis datos relacionados con VIH sin autorización. Si sufro discriminación debido a la divulgación de información relacionada con VIH, puedo comunicarme con la División del Estado de Nueva York de Derechos Humanos (New York State Division of Human Rights) al **(212) 961-8650** o con la Comisión de la Ciudad de Nueva York de Derechos Humanos (New York City Commission of Human Rights) al **(212) 306-7450**. Sobre estas agencias recae la responsabilidad de proteger mis derechos.
- Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Ni mi tratamiento, pago a los proveedores de tratamiento, ni la inscripción en un plan médico, ni la elegibilidad para beneficios estarán sujetos a condiciones respecto a mi autorización de esta divulgación. No obstante, si yo no autorizo a la HRA para compartir mis datos médicos con la SSA, esto puede resultar en la discontinuación de mis beneficios de Asistencia en Efectivo (CA).
- Entiendo que yo puedo cancelar esta autorización excepto en la medida que la HRA y mi proveedor médico la hayan anteriormente cumplido. Yo puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una carta al proveedor médico a la dirección indicada más abajo y a la HRA al: **NYC Human Resources Administration, Office of Constituent Services, 150 Greenwich Street, 31st Floor, New York, NY 10007**
- Los destinatarios autorizados de mis datos médicos pueden, en ciertas circunstancias, tener derecho a divulgar de nuevo mi documentación médica sin tener que obtener consentimiento adicional por escrito de parte mía. Entiendo que tal nueva divulgación puede carecer del amparo de la ley federal o estatal.
- Esta autorización no le concede a mi proveedor el derecho de tratar de mi información médica o mi caso médico con nadie excepto la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York, como se estipula en el Artículo 10(b).**

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAR DE INFORMACIÓN MÉDICA**

- Nombre y dirección del proveedor médico o entidad para divulgar esta información: \_\_\_\_\_
- Nombre y dirección de la agencia a la cual esta información se enviará: **NYC Human Resources Administration, Customized Assistance Services, Office of Reasonable Accommodations, 150 Greenwich Street, 30th floor, New York, NY 10007**
- 10(a). Información específica a divulgarse: **Expedientes médicos para todo el año previo a la fecha de la firma más abajo.**  
Incluya (Indique con sus iniciales):  
 Tratamiento para Alcoholismo/ Drogadicción     Información Psiquiátrica     Información relacionada con VIH
- 10(b). Mediante mis iniciales aquí \_\_\_\_\_, autorizo a \_\_\_\_\_  
(Iniciales) (Nombre del proveedor de cuidado médico)  
a tratar de mi información médica con la **Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York.**
11. Motivo por la divulgación de datos: **A petición del paciente**
12. Fecha o circunstancia en que esta autorización se vencerá: **Un año desde la fecha de la firma**
13. Aparte del paciente, nombre del firmante: \_\_\_\_\_
14. Autoridad para firmar a nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Toda la información solicitada ha sido presentada en este formulario, y mis preguntas respecto a este formulario han sido contestadas. Además, se me ha proporcionado una copia del formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Leglamente Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*El Virus de Inmunodeficiencia Humana que causa el SIDA. La Ley de Salud Pública de Nueva York protege la información que puede comprometer dentro de lo razonable la identidad de una persona con síntomas o infección de VIH, al igual que la información referente a los contactos de dicha persona.