

**Подтверждение наличия ограниченных возможностей**

**Указания:**

- § Этот формуляр должен быть заполнен и подписан квалифицированным специалистом. Пожалуйста, на оборотной стороне этого документа смотрите перечень квалифицированных специалистов, способных предоставить это подтверждение.

**Информация о программе:**

Для получения права проживать в жилых комплексах для престарелых и лиц с ограниченными возможностями, которые находятся в ведении программы «Home Forward», определенных преимущественных прав для участников, фамилии которых внесены в список ожиданий программы Home Forward и/или прав на оплаты аренды по ставке, предусмотренной для престарелых и лиц с ограниченными возможностями, социально-экономическая ситуация заявителя должна соответствовать определенным критериям инвалидности.

Лицом с ограниченными возможностями является лицо, имеющее:

- § Ограниченные возможности согласно определению в разделе 223 Закона о социальном обеспечении. Они представляют собой неспособность принимать участие в **любой** значительной деятельности по причине какого-либо физического или психического нарушения, которое поддается определению с медицинской точки зрения и которое, как можно ожидать, продлится в течение продолжительного периода времени длительностью не менее 12 месяцев;
- § Физическое, психическое или эмоциональное нарушение, которое, как ожидается, будет существовать в течение долгого, продолжительного и неопределенного периода времени, будет существенным ограничением способности лица к самостоятельному проживанию и по своей природе будет отличаться тем, что позволит повысить способность лица к самостоятельному проживанию в более подходящих жилищных условиях;
- § Нарушение развития, как определено в разделе 102(7) о помощи лицам с нарушениями развития и билль о правах акт.

**Информация о семье**

Имя, фамилия главы семьи:

Последние четыре цифры номера SSN:

Имя, фамилия лица, имеющего ограниченные возможности:

Дата рождения:

## Свидетельство

На основании определения(-ий), приведённых выше, и моего профессионального мнения я свидетельствую о том, что:

**Имя, фамилия отдельного лица:** \_\_\_\_\_

является лицом с ограниченными возможностями

не является лицом с ограниченными возможностями

Эти ограниченные возможности появились примерно: \_\_\_\_\_.

Дополнительные комментарии смотрите на оборотной стороне.

**Предупреждение:** В части 1001 раздела 18 Кодекса законов США предусматривается уголовная ответственность за передачу любых преднамеренно ложных сведений или искаженных фактов в любое из министерств или государственных служб США по любому вопросу, находящему в компетенции этой службы, и подлежит наказанию в виде штрафа в размере до 10 тыс. долл. и/или лишения свободы сроком до 5 лет.

**Я подтверждаю, что информация, предоставленная в этом Свидетельстве о наличии**

Имя, фамилия специалиста, проводящего оценку/диагностику:	Должность/квалификация:	
Подпись:	Дата:	
Телефон:	Факс:	Эл. почта:
Адрес службы/учреждения:		

### Квалификация для заполнения Свидетельства о наличии ограниченных возможностей

Ниже приводится перечень специалистов, имеющих право заполнять это Свидетельство о наличии ограниченных возможностей. Если вам была присвоена степень/лицензия/аккредитация, которая не была указана, и вы полагаете, что имеете необходимую квалификацию для освидетельствования состояния здоровья отдельного лица с целью определения наличия у него ограниченных возможностей, пожалуйста свяжитесь с нами по тел. 503-802-8333.

Должность	Сокращение
Сертифицированный консультант по вопросам избавления от алкоголя и наркотикам	CADC III
Доктор мануальной медицины	DC
Доктор остеопатии	DO
Лицензированный клинический социальный работник	LCSW
Дипломированная практикующая медсестра	LNP
Практикующая медсестра в области психиатрии	PMHNP
Сертифицированный специалист в области сестринского ухода	CNS
Практикующая семейная медсестра	FNP
Доктор медицины	MD
Ассистент врача	PA
Квалифицированный специалист в области психиатрии	QMHP

**Дополнительные комментарии:**

---

---

---

---

---

---

---