

**AGENCIA DE VIVIENDA DE MIAMI-DADE
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

ASUNTO: Integrante del grupo familiar que es discapacitado: _____

Por este medio autorizo la divulgación de información a la Agencia de Viviendas Publicas de Miami-Dade en relación con la solicitud de medidas de adecuación razonable que se describe en este formulario. Esta autorización limitada permite la divulgación de cierta información, como se describe a continuación.

Por este medio autorizo a _____ para que consulte con los representantes de la Agencia de Viviendas Publicas de Miami-Dade, por escrito, en persona o por teléfono acerca de los impedimentos físicos o mentales que afirmo tener y que me convierten en discapacitado al solo efecto de esta solicitud de medidas de adecuación razonable.

Para los fines de esta autorización, se define a la “persona discapacitada que reúne los requisitos” como la persona que:

1. Tiene un impedimento físico o mental que limita en forma considerable una o más de una actividad vital de importancia;
2. tiene un historial de ese impedimento; o
3. se considera que tiene un impedimento

“Impedimento físico o mental” se define como:

1. toda enfermedad o trastorno fisiológico, deformidad cosmética o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los sistemas corporales como, por ejemplo: el neurológico, el muscular-esquelético, los órganos sensoriales especiales, el respiratorio y los órganos del habla; **o**
2. todo desorden mental o fisiológico, como retraso mental, síndrome cerebral orgánico, enfermedad emocional o mental y discapacidades específicas de aprendizaje.

La expresión “impedimento físico o mental” incluye, por ejemplo, enfermedades y trastornos como impedimentos visuales, auditivos y del habla, epilepsia, esclerosis múltiple y cáncer.

“Actividad vital de importancia” incluye funciones como las de encargarse de uno mismo, realizar actividades manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar

“Tiene un historial de ese impedimento (mental o físico)” se refiere a que la persona tiene un historial de un impedimento físico o mental que limita considerablemente una o varias actividades vitales de importancia, o que se le ha atribuido por error ese impedimento.

“Se considera que tiene un impedimento” significa que:

1. Tiene un impedimento físico o mental que no limita considerablemente una o más actividades vitales de importancia, **pero** el receptor lo trata como si así fuera.
2. Tiene un impedimento físico o mental que limita considerablemente una o más actividades vitales de importancia **sólo a consecuencia de** la actitud de otros con respecto al impedimento.
3. No tiene ninguno de los impedimentos comprendidos en la definición de “impedimento físico o mental” de la sección 504, **pero** el receptor lo trata como si así fuera.

Asimismo, autorizo a _____ a suministrar solamente la documentación que resulte necesaria para verificar que tengo las características de la definición anterior de “persona discapacitada que reúne los requisitos”.

**AGENCIA DE VIVIENDA DE MIAMI-DADE
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Esta autorización únicamente permite la divulgación de la información necesaria para verificar lo siguiente:

1. La documentación necesaria para verificar que la persona reúne las características de las definiciones mencionadas más arriba;
2. La descripción de la adecuación que se necesita; y,
3. La descripción de la relación identificable entre mi discapacidad y las medidas de adecuación solicitadas.

Esta autorización para la divulgación de información debe emplearse solamente para solicitar información necesaria para determinar si la medida de adecuación razonable que se ha pedido se necesita con motivo de una discapacidad.

Esta autorización **no** faculta a la Agencia de Viviendas Publicas de Miami-Dade a examinar mi expediente médico, incluidos diagnósticos y resultados de análisis; tampoco permite la divulgación de información detallada acerca de la naturaleza o la gravedad de mi discapacidad.

La información/documentación difundida como consecuencia de esta autorización se mantendrá como materia confidencial y no se compartirá con nadie, salvo que se necesite tomar o evaluar una decisión de aceptar o denegar una solicitud de medidas de adecuación razonable.

Nombre del familiar/padre/tutor [en letra de molde]

Firma

Fecha

Relación con el residente

SÍRVASE DAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

(1) Nombre y apellido del proveedor de servicios médicos / autoridad que documenta:

(2) Domicilio del proveedor de servicios médicos / autoridad que documenta:

(3) Número de teléfono del proveedor de servicios médicos / autoridad que documenta:

(4) Número de fax del proveedor de servicios médicos / autoridad que documenta:

A pedido del interesado, este material está disponible en formato especial para discapacitados. Sírvase llamar al Coordinador de la ADA por el 786-469-4229 (teléfono) – *Florida Relay Service* (800) 955-8771, para personas con dificultad auditiva (TDD/TTY, su sigla en inglés).