



## Образец обоснования для приемлемых изменений

Данная форма может быть передана медицинскому или другому профессиональному работнику, когда лицо, предоставляющее жильё, просит подтверждение необходимости внесения изменений, которые были ранее запрошены.

Закон о равных правах на жильё позволяет нанимателям и другим пользователям жилья, у которых имеется инвалидность, обратиться с просьбой о внесении изменений в правила, процессуальные нормы, процедуры или практику, если это даст возможность этим лицам пользоваться жилищем в полной мере и если их инвалидность оговаривается законом о равных правах на жильё. Существующие правила позволяют домовладельцу или иному лицу, предоставляющему жильё, запросить подтверждение инвалидности и необходимость внесения изменений квалифицированным профессионалом.

Такое подтверждение должно включать в себя следующие пункты.

**1. Квалификация лица, запрашивающего обоснование для приемлемых изменений.**

Например: Я, [имя профессионального работника], являюсь работником [здравоохранения] [другой сферы] и имею сертификат лицензионного агентства:

**2. Характер контакта, который данный профессиональный работник имел с лицом, делающим запрос.**

Например: Я лечил [имя нанимателя] с [дата] по причине [умственного] [психического] нарушения. Я поставил диагноз и/или лечил [имя нанимателя] [количество] раз в течение последних двенадцати месяцев.

Или: Я не осматривал [имя нанимателя] в течение последних двенадцати месяцев; последняя дата постановки диагноза и/или его/её лечения была [дата].

**3. Выписка о том, что клиент имеет [физическое] и/или [умственное] нарушение и [диагноз] [описание симптомов] существенно ограничивает одну или более основных жизненноважных функций организма.**

**Важное примечание:** Федеральные законы запрещают лицу, предоставляющему жильё, интересоваться природой инвалидности и длительностью заболевания. Информация о диагнозе подвергает клиента риску дополнительной дискриминации. Перед тем, как назвать специфический диагноз, Вам необходимо получить на то согласие клиента. Клиенту, пожелавшему, чтобы его диагноз оставался конфиденциальным, рекомендуется дать общее описание, например «умственное нарушение», не называя самого диагноза.

4. **Описание ограничений.** Пожалуйста, опишите, как нарушение, от которого Вы лечите нанимателя, ограничивает одну или более его основных жизненноважных функций организма.

(Примерами основных жизненноважных функций являются: способность обслуживать себя, производить ручной труд, передвигаться ногами, видеть, слышать, говорить, дышать, учиться и работать. Под «нарушениями» подразумеваются физиологические, умственные, психологические или физические болезни, расстройства или нарушения.)

5. **Опишите, на сколько изменения, которые просит внести наниматель, необходимы для того, чтобы он/она имели возможность с полной пользой для себя использовать жильё.** Пожалуйста, увяжите запрашиваемые изменения с ограничениями, продиктованными состоянием инвалидности.

Fair Housing Council of Oregon  
1020 S.W. Taylor St., Suite 700  
Portland, OR 97205

Телефон: (503) 223-8197  
Факс: (503) 223 3396  
Бесплатный телефон для жалоб: 1-800-424 3247