

FORMULAR DE SOLICITARE A ACCESULUI LINGVISTIC

LANGUAGE ACCESS REQUEST FORM

*Dacă aveți nevoie de acest document în altă limbă sau scris cu **LITERE MAI MARI** sau dacă aveți nevoie de cazare în limita rezonabilului (persoane cu dizabilități), vă rugăm să apelați la 312-935-2600. Este necesar un preaviz de șapte zile pentru organizarea serviciilor de interpretariat.*

If you need this document in a different language or LARGER FONT or if you need a reasonable accommodation (persons with disabilities), please call 312-935-2600. Advance notice of seven days is required in order to arrange for interpreter services.

Data solicitării: _____

Date of Request:

Sunt	<input type="checkbox"/> Participant sau solicitant HCV	# ID chiriaș : _____
I am	HCV Participant or Applicant	Tenant ID #:
	<input type="checkbox"/> Participant sau solicitant PH	# ID chiriaș : _____
	PH Participant or Applicant	Tenant ID #:
	<input type="checkbox"/> Participant sau solicitant cămin de bătrâni	# ID chiriaș : _____
	Senior Housing Participant or Applicant	Tenant ID #:
	<input type="checkbox"/> Participant sau solicitant persoane cu venituri mixte	# ID chiriaș : _____
	Mixed-Income Participant or Applicant	Tenant ID #:
	<input type="checkbox"/> Public (Participant sau solicitant non-CHA)	
	Public (Non-CHA Participant nor Applicant)	
	<input type="checkbox"/> Angajat CHA	
	CHA Employee	

Nume (cap de familie) _____ Telefon: _____ E-mail: _____

Name (Head of Household):

Phone:

E-Mail:

Adresă: _____

Oraș , stat, cod ZIP: _____

Address:

City, State, ZIP Code:

Servicii solicitate?

Services Requested?

Traducere scrisă Interpretare față-în-față Limbaj mimico-gestual american Renunțare

Written Translation

In-Person Interpretation

American Sign-Language

Opt Out

Limba primară: _____

Primary Language:

Rețineți: Membrul familiei care solicită cazarea(cazările) trebuie să respecte definiția HUD privind competența a limitată privind limba engleză.

Please Note: The household member requesting the accommodation(s) must meet HUD's definition of Limited English Proficiency.

1. Pentru **TRADUCERI SCRISE**

For WRITTEN TRANSLATIONS

Vă rugăm să atașați documentul(documentele) care necesită traducere la acest formular.

Please attach the document(s) that require translation along with this form.

2. Pentru **INTERPRETARE FAȚĂ ÎN-FAȚĂ** sau **LIMBAJ MIMICO-GESTUAL AMERICAN**

For IN-PERSON INTERPRETATION or AMERICAN SIGN-LANGUAGE

Vă rugăm să furnizați următoarele informații

Please provide the following information

Tipul întâlnirii

Type of Meeting

1:1 Întâlnire (recertificare, audiere etc.)

1:1 Meeting (recertification, hearing, etc.)

Întâlnire de grup

Group Meeting



CHICAGO HOUSING
AUTHORITY™

Limbă _____ Ora începerii _____ Ora încheierii _____

Language _____ Start Time _____ End Time _____

Adresă _____ Oraș , Stat, Cod ZIP _____

Address _____ City, State, ZIP Code _____

Locul întâlnirii _____

Meeting Location _____

(Sală comunitară, sală de conferințe, amfiteatru etc.)

(Community Room Conference Room, Auditorium, Etc.)

3. Program

Program

- PH-Tradițional PH- Senior PH- Venituri mixte Public general
 PH-Traditional PH- Senior PH- Mixed Income General Public
 HCV RAD PBV CHA – Toate programele și activitățile
 HCV RAD PBV CHA – All programs and activities

Informații referitoare la întâlnirea de grup/eveniment:

Group Meeting/Event Information:

Numărul de persoane care participă, care au competență limitată privind limba engleză _____

Number of Individuals attending with a Limited English Proficiency _____

Numărul total de persoane care participă la întâlnire _____

Total Number of Individuals attending the Meeting _____

Adresă de e-mail de contact la amplasament _____ Număr de telefon mobil _____

On-site Contact Email address _____

Cell Number _____

Notă: Dacă este necesar, personalul din cadrul Programului CHA poate completa numele, ID-ul CHA și solicitarea de acces lingvistic în numele participantului.

Note: If necessary, CHA Program staff may fill in the name, CHA ID and Language Access request on behalf of the participant.

Semnătura personalului CHA, dacă este aplicabil:

X _____

Signature of CHA staff, if applicable: X

4. Transmiterea informațiilor:

Release of Information:

Certific faptul că informațiile furnizate în acest formular sunt adevărate și corecte. Acord CHA permisiunea de a discuta solicitarea de acces lingvistic cu reprezentantul CHA respectiv.

I certify that the information provided on this form is true and accurate. I give CHA permission to discuss the language access request with appropriate CHA representative.

Semnătura participantului

Signature of Participant

Data

Date

Fraudă și declarații false: Titlu 18, Secțiunea 1001 a Codului S.U.A. precizează că o persoană care, în cunoștință de cauză și intenționat, face declarații false către orice departament sau angajat al Administrației Statelor Unite, HUD, unei Autorități pentru cămine publice sau unui proprietar de clădiri, poate face obiectul penalizărilor, care includ amenzi și/sau închisoare.

Fraud and False Statements: Title 18, Section 1001 of the U.S. Code states that a person who knowingly and willingly makes false and fraudulent statements to any department or employee of the United States Government, HUD, a Public Housing Authority or a property owner may be subject to penalties that include fines and/or imprisonment.



Pentru întrebări, vă rugăm să apelați Sediul CHA, la numărul 312-742-8500 sau să trimiteți un e-mail către Biroul de Diversitate și Incluziune, la adresa chala@thecha.org.

If you have any questions, please call the CHA Headquarters at 312-742-8500 or e-mail the Office of Diversity and Inclusion at chala@thecha.org.

Prezentul document este o traducere a unui document legal emis de HUD sau de CHA. HUD și/sau CHA vă pun la dispoziție prezenta traducere doar în scop de conveniență, pentru a vă ajuta să vă înțelegeți drepturile și obligațiile. Versiunea în limba engleză a prezentului document reprezintă documentul oficial, legal, care prevalează. Prezentul document tradus nu este un document oficial.



FOR OFFICE OF DIVERSITY & INCLUSION STAFF ONLY

Request Received via: website or portal chala@thecha.org SharePoint other _____

ODI Staff Name: _____ Phone Number: _____

E-Mail: _____

Approved Date Processed: _____

Denied Date Denied: _____ Reason for Denial: _____

ODI notified the following Office/Program via email (address indicated below) for follow-up and update to Yardi ***Primary Language*** and/or ***Need for Translator***.

Office/Program: _____ Email: _____