

OBRAZAC ZAHTJEVA ZA PRISTUP JEZIKU

LANGUAGE ACCESS REQUEST FORM

Ako vam je potreban ovaj dokument na nekom drugom jeziku ili **VEĆI FONT** ili ako vam je potreban razuman smještaj (osobe sa invaliditetom), pozovite 312-935-2600. Kako biste se dogovorili za usluge prevođenja, potrebno je unaprijed obaviještenje od sedam dana.

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.

Datum zahtjeva: _____

Date of Request:

Ja sam HCV Učesnik ili podnosilac zahtjeva Identifikacijski broj stanara # _____

I am

HCV Participant or Applicant

Tenant ID #:

PH Učesnik ili podnosilac zahtjeva Identifikacijski broj stanara # _____

PH Participant or Applicant

Tenant ID #:

Stariji učesnik ili podnosilac zahtjeva za stanovanje Identifikacijski broj stanara # _____

Senior Housing Participant or Applicant

Tenant ID #:

Učesnik mješovitog dohotka ili podnosilac zahtjeva Identifikacijski broj stanara # _____

Mixed-Income Participant or Applicant

Tenant ID #:

Javni (nije učesnik CHA niti podnosilac zahtjeva)

Public (Non-CHA Participant nor Applicant)

CHA zaposleni

CHA Employee

Ime (glava domaćinstva): _____ Telefon: _____ E-pošta: _____

Name (Head of Household):

Phone:

E-Mail:

Adresa: _____ Grad, Država, Poštanski broj: _____

Address:

City, State, ZIP Code:

Zahtijevane usluge? Pismeni prevod Prevođenje uživo Američki znakovni jezik Odbiti
suglasnost

Services Requested?

Written Translation

In-Person Interpretation

American Sign-Language

Opt Out

Primarni jezik: _____

Primary Language:

Imajte na umu: Član domaćinstva koji traži smještaj (-e) mora ispunjavati definiciju ograničenog poznavanja engleskog jezika Odjeljenja za stambeni i urbanoi razvoj (HUD's).

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

1. **Za PISMENA PREVOĐENJA**

For WRITTEN TRANSLATIONS

Uz ovaj obrazac **priložite document (-e)** koji zahtjeva prevod.

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

2. **Za PREVOĐENJE UŽIVO ili AMERIČKI ZNAKOVNI JEZIK**

For IN-PERSON INTERPRETATION or AMERICAN SIGN-LANGUAGE

Molimo navedite sljedeće informacije

Please provide the following information

Vrstu sastanka

1:1 Sastanak (ponovna certifikacija, saslušanje itd.)

Grupni sastanak



Type of Meeting

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

Group Meeting

Jezik _____ Vrijeme početka _____ Vrijeme završetka _____
Language Start Time End Time

Adresa _____ Grad, Država, Poštanski broj _____
Address City, State, ZIP Code

Mjesto sastanka _____
Meeting Location

(Zajednička prostorija, sala za konferencije, auditorijum itd.)
(Community Room Conference Room, Auditorium, Etc.)

3. Program

Program

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> PH- Tradicionalni
PH-Traditional | <input type="checkbox"/> PH- Stariji
PH- Senior | <input type="checkbox"/> PH- Mješoviti prihod
PH- Mixed Income | <input type="checkbox"/> Opća javnost
General Public |
| <input type="checkbox"/> HCV
HCV | <input type="checkbox"/> RAD
RAD | <input type="checkbox"/> PBV
PBV | <input type="checkbox"/> CHA - Svi programi i aktivnosti
CHA - All programs and activities |

Informacije o grupnom sastanku / događaju:

Group Meeting/Event Information:

Broj pojedinaca koji prisustvuju sa ograničenim poznavanjem engleskog jezika

Number of Individuals attending with a Limited English Proficiency

Ukupan broj pojedinaca koji prisustvuju sastanku _____

Total Number of Individuals attending the Meeting

Kontakt adresa e-pošte na web lokaciji _____ Broj mobilnog telefona _____

On-site Contact Email address

Cell Number

Napomena: Ako je potrebno, osoblje programa CHA može upisati ime, CHA ID i zahtjev za pristup jeziku u ime učesnika.

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

Potpis osoblja CHA, ako je primjenjivo: X _____

Signature of CHA staff, if applicable: X

4. Objavljivanje informacija:

Release of Information:

Potvrđujem da je pružena informacija na ovom obrascu istinita i tačna. Dajem dozvolu CHA da razgovara o zahtjevu za pristup jeziku sa odgovarajućim predstavnikom CHA.

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.

Potpis učesnika
Signature of Participant

Datum
Date

Prevare i lažne izjave: Naslov 18, odjeljak 1001 od SAD Kodeks navodi da osoba koja svjesno i voljno daje neistinite i lažne izjave bilo kojem odjeljenju ili zaposleniku Vlade Sjedinjenih Država, Stambenog i urbanog razvoja (HUD), Javne stambene uprave ili vlasniku imovine može biti izložena kaznama koje uključuju novčane kazne i / ili zatvor.

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.

Ako imate bilo kakvih pitanja, pozovite sjedište CHA na 312-742-8500 ili pošaljite e-poštu Uredu za raznolikost i uključenost na 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.

Ovaj dokumenat je prijevod pravnog dokumenta izdatog od strane HUD-a ili CHA-a. HUD i/ili CHA osiguravaju vam ovaj prijevod kao praktičnu pomoć u razumijevanju vaših prava i obveza. Engleska verzija ovog dokumenta je službeni, pravni, kontrolirani dokumenat. Ovaj prevedeni dokumenat nije službeni dokumenat.



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: _____