

OBRAZAC ZAHTJEVA ZA PRISTUP JEZIČKOJ USLUZI

LANGUAGE ACCESS REQUEST FORM

Ako vam je ovaj dokument potreban na drugom jeziku ili s **VEĆIM SLOVIMA**, ili ako vam je nužno drugačije okruženje (osobe s invaliditetima), molimo pozovite 312-935-2600. Kako bi se ugovorila usluga tumačenja, potrebno je poslati obavijest sedam dana unaprijed.

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 korisnik ili podnositelj prijave

I am

HCV Participant or Applicant

Br. ID stanara: _____

Tenant ID #:

PH korisnik ili podnositelj prijave

PH Participant or Applicant

Br. ID stanara: _____

Tenant ID #:

stariji korisnik stana ili podnositelj prijave

Senior Housing Participant or Applicant

Br. ID stanara: _____

Tenant ID #:

korisnik s mješovitim prihodom ili podnositelj prijave

Mixed-Income Participant or Applicant

Br. ID stanara: _____

Tenant ID #:

Javni (ne-CHA korisnik niti podnositelj prijave)

Public (Non-CHA Participant nor Applicant)

CHA zaposlenik

CHA Employee

Ime i prezime (nositelj stanarskog prava): _____ Telefon: _____ E-pošta: _____

Name (Head of Household):

Phone:

E-Mail:

Adresa: _____ Grad, država, poštanski broj: _____

Address:

City, State, ZIP Code:

Potrebna vam je usluga? Pisani prijevod Tumačenje uživo Američki znakovni jezik Odustajem

Services Requested?

Written Translation

In-Person Interpretation

American Sign-Language

Opt Out

Primarni jezik: _____

Primary Language:

Molimo ne zaboravite: Član kućanstva koji traži posebni tretman(e) mora zadovoljavati definiciju HUD-a o ograničenom znanju engleskog jezika.

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

1. Za PISANE PRIJEVODE

For WRITTEN TRANSLATIONS

Molimo uz ovaj obrazac **priložite dokument(e)** kojima je potreban prijevod.

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

2. Za TUMAČENJE UŽIVO ili AMERIČKI ZNAKOVNI JEZIK

For IN-PERSON INTERPRETATION or AMERICAN SIGN-LANGUAGE

Molimo navedite sljedeće informacije

Please provide the following information

Vrsta sastanka

Type of Meeting

1:1 Sastanak (ponovno dobivanje potvrde, saslušanje, itd.)

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

Sastanak skupine

Group Meeting



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

Adresa _____ Država, grad, poštanski broj _____
Address City, State, ZIP Code

Mjesto sastanka _____
Meeting Location

(Ured zajednice, konferencijski ured, gledalište, 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 sastanku skupine/događaju:

Group Meeting/Event Information:

Broj pojedinaca koji dolaze, kojima je ograničeno znanje engleskog jezika _____

Number of Individuals attending with a Limited English Proficiency

Ukupni broj pojedinaca koji dolaze na sastanak _____

Total Number of Individuals attending the Meeting

Adresa e-pošte za kontakt na lokaciji _____ Broj mobitela _____

On-site Contact Email address

Cell Number

Napomena: Ako je nužno, osoblje Programa CHA (Chicago Housing Authority - Stambena uprava Čikaga) može upisati ime, CHA ID i zahtjev za pristup jezičkoj usluzi u ime korisnika.

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. Dozvola za objavljivanje podataka:

Release of Information:

Potvrđujem da su informacije pružene u ovom obrascu istinite i točne. Ovime dajem dopuštenje CHA-u da razgovara o pristupu jezičkoj usluzi s nadležnim 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 korisnika
Signature of Participant

Datum
Date

Lažne i neistinite izjave: Glava 18, članak 1001 Zakona SAD navodi da navodi da osoba koja svjesno i svojevrijemno daje lažne i netočne izjave bilo kojem odjelu ili zaposleniku Vlade Sjedinjenih Država, HUD-u (Ministarstvo stanovanja i urbanog razvoja), Javnoj upravi za stanovanje 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 Office of Diversity and



Inclusion (Ured za poštivanje različitosti i inkluziju) 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 dokument je prijevod izdan od HUD-a ili iz CHA-ovog pravni dokumenta. HUD i/ili CHA omogućava ovaj prijevod kako bi vam jednostavnije predočio pogodnosti i razumijevanje vaših prava i obveza. Engleska verzija ovog dokumenta je službeni, legalni i kontrolni dokument. Ovaj prevedeni dokument nije službeni dokument.



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: _____