

## ФОРМА ЗАПИТУ НА ОТРИМАННЯ МОВНИХ ПОСЛУГ

LANGUAGE ACCESS REQUEST FORM

Якщо Ви бажаєте отримати даний документ на іншій мові чи зі **ЗБІЛЬШЕНИМ ШРИФТОМ**, або якщо Вам потрібне розумне пристосування, телефонуйте за номером 312-935-2600. Послуги перекладача необхідно замовляти за сім днів.

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.

Дата запиту: \_\_\_\_\_

Date of Request:

Я  Претендент або учасник Ваучерної програми вибору житла (HCV) Номер мешканця #: \_\_\_\_\_  
I am HCV Participant or Applicant Tenant ID #:

Претендент або учасник програми громадського житла (PH) Номер мешканця #: \_\_\_\_\_  
PH Participant or Applicant Tenant ID #:

Претендент або учасник програми житла для людей похилого віку Номер мешканця #: \_\_\_\_\_  
Senior Housing Participant or Applicant Tenant ID #:

Претендент або учасник програми житла різної вартості Номер мешканця #: \_\_\_\_\_  
Mixed-Income Participant or Applicant Tenant ID #:

Не є учасником або претендентом програм Управління житлового господарства США  
Public (Non-CHA Participant nor Applicant)

Працівник управління США  
CHA Employee

Ім'я (голови домогосподарства): \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_ Електронна пошта: \_\_\_\_\_

Name (Head of Household):

Phone:

E-Mail:

Адреса: \_\_\_\_\_ Місто, штат, поштовий індекс: \_\_\_\_\_

Address:

City, State, ZIP Code:

Потрібні послуги?

Services Requested?

Письмовий переклад  Послідовний переклад  Американська мова жестів  Відмовитися від участі

Written Translation

In-Person Interpretation

American Sign-Language

Opt Out

Рідна мова: \_\_\_\_\_

Primary Language:

**Будь ласка, прийміть до відома: Член домогосподарства, який потребує пристосування, має підпадати під категорію людей з обмеженим володінням англійською мовою, визначену Міністерством житлового будівництва і міського розвитку США (HUD)**

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

### 1. Для ПИСЬМОВОГО ПЕРЕКЛАДУ

For WRITTEN TRANSLATIONS

Додайте до заявки документи, що потребують перекладу.

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

### 2. Для ПОСЛІДОВОГО ПЕРЕКЛАДУ чи АМЕРИКАНСЬКОЇ МОВИ ЖЕСТІВ

For IN-PERSON INTERPRETATION or AMERICAN SIGN-LANGUAGE

Будь ласка, надайте наступну інформацію

Please provide the following information

Тип зустрічі

Зустріч тет-а-тет (пересертифікація, слухання тощо)

Групова зустріч

Type of Meeting

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

Group Meeting

Мова \_\_\_\_\_ Час початку \_\_\_\_\_ Завершення \_\_\_\_\_

Language

Start Time

End Time

Адреса \_\_\_\_\_ Місто, штат, поштовий індекс \_\_\_\_\_

Address

City, State, ZIP Code

Місце зустрічі \_\_\_\_\_

Meeting Location

(Кімната для зустрічей, конференц-зал, аудиторія тощо)

(Community Room Conference Room, Auditorium, Etc.)



### 3. Програма

**Program**

- PH-Традиційна  
PH-Traditional
- PH- Похилого віку  
PH- Senior
- PH- Змішаний дохід  
PH- Mixed Income
- Загально публічна  
General Public
- Ваучерна програма вибору житла (HCV)  
HCV
- Субсидування орендної плати (RAD)  
RAD
- Ваучерна програма проектної допомоги (PBV)  
PBV
- CHA – Усі  
CHA – All programs

#### Інформація щодо групової зустрічі/події:

Group Meeting/Event Information:

Кількість учасників з обмеженим володінням англійською мовою \_\_\_\_\_

Number of Individuals attending with a Limited English Proficiency

Загальна кількість учасників зустрічі \_\_\_\_\_

Total Number of Individuals attending the Meeting

Локальна контактна електронна адреса \_\_\_\_\_ Номер мобільного телефону \_\_\_\_\_

On-site Contact Email address

Cell Number

Примітка: В разі потреби працівники програми CHA можуть заповнити ім'я, номер CHA та запит на отримання мовних послуг від імені учасника.

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

Підпис працівника CHA, якщо це доречно:  \_\_\_\_\_

Signature of CHA staff, if applicable:

### 4. Дозвіл на видачу інформації:

**Release of Information:**

Я підтверджую, що інформація, надана у цьому запиті, є правдивою та повною. Я даю CHA дозвіл обговорювати цей запит на отримання мовних послуг з відповідним представником 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.

Підпис учасника  
Signature of Participant

Дата  
Date

**Попередження про шахрайство та неправдиві свідчення:** Стаття 1001 розділу 18 Зводу законів США передбачає, що навмисне подання помилкових або оманних даних в установи або працівникам уряду США, Міністерства житлового будівництва і міського розвитку, Управління державного житлового будівництва чи власнику майна тягне за собою накладення штрафу або тюремне ув'язнення.

**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.

У разі виникнення питань, будь ласка, зателефонуйте до головного офісу Управління житлового господарства CHA за номером 312-742-8500 або напишіть електронний лист у Службу етнокультурного різноманіття та інклюзивності на адресу [chala@thecha.org](mailto: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](mailto:chala@thecha.org).

Цей документ є перекладом виданих HUD або CHA документів. HUD та/чи CHA надають Вам цей переклад лише з метою забезпечення зручності, для того, щоб допомогти Вам у розумінні Ваших прав та обов'язків. Англійська версія цього документу є офіційним, юридичним, контрольним документом. Перекладений документ не є офіційним документом.



**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: \_\_\_\_\_