

HAVP Domestic/Intimate Partner Violence* Accommodation Request

This form should be completed by Housing Access Voucher Program (**HAVP**) program participants who are requesting an accommodation because a member of the household is a victim of domestic violence, dating violence, sexual assault or stalking.

In order to be eligible for an accommodation you must:

- 1.) Be a current participant in the **HAVP** program *and* member of the household composition (*not a live-in aide, guest, or unassisted member*), **and**
- 2.) Be a victim of domestic violence, dating violence, sexual assault, and/or stalking as defined in the box below.

If you are not sure if you are eligible for an accommodation, please ask a Division of Tenant & Owner Resources (DTOR) staff member for help. Accommodations are extended to all victims regardless of gender identity. Please return this form and any additional documentation to DTOR by emailing nyra@hpd.nyc.gov, faxing **212-313-3092**, or visiting **Client Services** (100 Gold Street, Room 1-O, New York, NY 10038).

Person Requesting Accommodation: _____ **Head of Household Name:** _____

Perpetrator Name: _____ **Relationship of Perpetrator to the Victim:** _____

Assisted Address: _____

What kind of accommodation are you requesting? Please check all that apply:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Remove someone from the household | <input type="checkbox"/> Transfer within the development or project |
| <input type="checkbox"/> Recalculate my tenant share of rent | <input type="checkbox"/> Move to a new apartment |

If requesting a move, please list the names of all household members requesting to move with you:

** Includes any actions that fall under one or more of the below categories:*

Domestic violence: includes felony or misdemeanor crimes of violence committed by a current or former spouse or intimate partner of the victim (including a person with whom the victim shares a child in common; and a person who is cohabitating with, or has cohabitated with, the victim as a spouse or intimate partner).

Dating violence: violence committed by a person: 1.) who is or has been in a social relationship of a romantic or intimate nature with the victim; and 2.) where the existence of such a relationship shall be determined based on a consideration of the following factors: i.) the length of the relationship; ii) the type of the relationship; and iii) the frequency of interaction between the persons involved in the relationship.

Sexual assault: any nonconsensual sexual act proscribed by Federal, tribal, or State law, including when the victim lacks capacity to consent.

Stalking: engaging in a course of conduct directed at a specific person that would cause a reasonable person to: 1.) fear for the person's individual safety or the safety of others; or 2.) suffer substantial emotional distress.



Are there children in the household? Yes No

If yes, who are they living with and where: _____

Are you currently living at the assisted address? Yes No

If no, what is your address? _____

Telephone Number: _____ Email: _____

Is there anyone else we can contact on your behalf if we are not able to reach you?

Name: _____ Preferred Contact Number: _____

Relationship: _____ Email: _____

Please check below if there is any other documentation you would like to provide.

- Order of Protection (Criminal or Family Court)
- Hospital inpatient letter documenting assault
- Documentation of custody of children in the household
- Police report for domestic/criminal incident
- Advocacy letter from social service provider, ACS, medical professional, NY District Attorney, or US Attorney
- Other: _____

Please describe the need for your request below and anything else you would like us to know (attach additional pages if necessary):

I certify that the above information and supporting documentation is true to the best of my knowledge. I understand that supplying false statements and information can lead to a denial of my request and jeopardize my housing subsidy.

Client Signature: _____ Date: _____

FOR HPD USE ONLY

Date reviewed: _____

Request approved? Yes No

Director/Coordinator Signature: _____ Date: _____

Solicitud de adaptación por violencia doméstica/de pareja íntima* del HAVP

Este formulario debe ser completado por los participantes del Programa de Vales de Acceso a la Vivienda (Housing Access Voucher Program, **HAVP**) que solicitan una adaptación porque un miembro del grupo familiar es víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso.

Para ser elegible para una adaptación, usted debe:

- 1.) Ser un participante actual del programa **HAVP** y miembro de la composición del grupo familiar (*no un asistente conviviente, huésped o miembro que no reciba asistencia*), y
- 2.) Ser víctima de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o acoso según se define en el cuadro de abajo.

Si no está seguro de si es elegible para una adaptación, pida ayuda a un miembro del personal de la División de Recursos para Inquilinos y Propietarios (Division of Tenant and Owner Resources, DTOR). Las adaptaciones se extienden a todas las víctimas independientemente de la identidad de género. Devuelva este formulario y cualquier documentación adicional al DTOR enviando un correo electrónico a NYRA@hpd.nyc.gov, enviando un fax al **212-313-3092**, o visitando a **Atención al Cliente** (100 Gold Street, Room 1-O, New York, NY 10038).

Persona que solicita la adaptación: _____ **Nombre del jefe del grupo familiar:** _____

Nombre del agresor: _____ **Relación del agresor con la víctima:** _____

Dirección de asistencia: _____

¿Qué tipo de adaptación solicita? Marque todas las opciones que correspondan:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eliminar a alguien del grupo familiar | <input type="checkbox"/> Traslado dentro de la urbanización o proyecto |
| <input type="checkbox"/> Recalcular la parte del alquiler a cargo del inquilino | <input type="checkbox"/> Mudarse a otra unidad |

Si pide una mudanza, indique los nombres de todos los miembros del grupo familiar que piden mudarse con usted:

** Incluye cualquier acción que se encuentre dentro de una o más de las siguientes categorías:*

Violencia doméstica: Incluye delitos graves o menores de violencia cometidos por un cónyuge o pareja íntima actual o anterior de la víctima (incluyendo una persona con la que la víctima tiene un hijo en común y una persona que está conviviendo o convivió con la víctima como cónyuge o pareja íntima).

Violencia de pareja: Violencia cometida por una persona: 1) que tiene o tuvo una relación social de naturaleza romántica o íntima con la víctima; y 2) cuando la existencia de dicha relación sea determinada por la consideración de los siguientes factores: i) la duración de la relación; ii) el tipo de relación; y iii) la frecuencia de la interacción entre las personas que participan en la relación.

Agresión sexual: Cualquier acto sexual no consensuado proscrito por la legislación federal, estatal o tribal, incluso cuando la víctima no tiene capacidad para dar su consentimiento.

Acoso: Conducta dirigida a una persona específica que haría que una persona razonable: 1) sintiera miedo por su seguridad individual o por la de los demás; o 2) sufriera una angustia emocional considerable.



¿Hay menores en el grupo familiar? Sí No

Si su respuesta es "Sí", ¿con quiénes viven y dónde? _____

¿Vive usted actualmente en el domicilio de asistencia? Sí No

Si su respuesta es "No", ¿cuál es su dirección? _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Hay otra persona a la que podamos contactar en su nombre en caso de no poder contactarnos con usted?

Nombre: _____ Número de contacto preferido: _____

Relación: _____ Correo electrónico: _____

Marque abajo si hay alguna otra documentación que quiere dar.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Orden de protección (tribunal penal o de familia) | <input type="checkbox"/> Informe policial de incidente doméstico/penal |
| <input type="checkbox"/> Carta de hospitalización que documenta la agresión | <input type="checkbox"/> Carta de apoyo de un proveedor de servicios sociales, ACS, profesional médico, Fiscal de Distrito de NY, o abogado de los EE. UU. |
| <input type="checkbox"/> Documentación de custodia de menores en el grupo familiar | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Describa abajo la necesidad de su solicitud y cualquier otra información que quiera darnos (adjunte más páginas si es necesario):

Certifico que la información de arriba y la documentación de respaldo son verdaderas, a mi leal saber y entender. Entiendo que incluir información y declaraciones falsas puede dar lugar a la denegación de mi solicitud y puede poner en riesgo mi subsidio de vivienda.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DEL HPD

Fecha de revisión: _____

¿Solicitud aprobada? Sí No

Firma del director/coordinador: _____ Fecha: _____