



# 您的无障碍服务!

无障碍计划指南

多伦多老人住房公司

卷 1 老年版-2022

## 引言

本指南由 R-PATH 委员会开发和编写，该委员会是一个残疾人租户委员会，倡导为残疾人服务，以确保对租户友好和透明。它是与 多伦多老年住房公司 (TSHC) 以及多伦多社区住房公司(TCHC)管理人员和员工合作开发的，以确保流程步骤的准确性。

多伦多老人住房公司致力于为残疾租户提供无障碍设施。本指南将告知租户需要做什么，以便他们可以提交无障碍改造申请并将其完成。

本指南将提供预估时间表以及工作人员完成无障碍改造申请所采取的步骤。尽管每项改造与单个申请一样有所不同，但过程中的许多步骤都是相同的。本指南将为您提供术语和缩写词的单词表、表格以及简单易懂的无障碍计划部门过程的循序渐进的描述。

某些情况下，因为空间不足无法进行适合租户在当前单元需求的改造，租户需搬迁到另一栋大楼。在本指南中也确定和描述了此过程。该计划基于租户的医疗无障碍需求。

本指南将帮助您跟踪您的单元改造。

本指南的目标是确保租户知道预计会发生什么，并将所有信息传递给任何需要无障碍设施的租户。本指南以其他格式和语言提供。

联系租户支持中心: [support@torontoseniorshousing.ca](mailto:support@torontoseniorshousing.ca) 或致电 416-945-0800

## 内容

引言 .....	2
词汇表 .....	4
步骤 1-查看该指南 .....	5
步骤 2-租户通过提交医疗调查问卷申请住宿 .....	5
步骤 3-提交您的医疗调查问卷和同意书 .....	5
步骤 4-与您的无障碍计划-协调员会面 .....	6
步骤 5: 无障碍计划-协调员, 家访 .....	7
步骤 6: 设施计划经理-无障碍或设施计划主管 .....	9
步骤 7-建筑师来访 .....	10
步骤 8 - 施工日期与临时搬迁 .....	11
步骤 9 - 您的单元施工期间的临时搬迁 .....	11
步骤 10 - 今天是搬家日! .....	12
步骤 11-施工 .....	13
步骤 12-是时候回家了! .....	14
步骤 13-今年的预算已用完 .....	15
步骤 14: 无障碍永久搬迁 .....	15
无障碍医疗调查问卷 .....	18
编写与开发机构: .....	20

## 词汇表

**F.M. :** 设施管理

**协调员:** 无障碍计划协调员

**设施计划经理- 无障碍 (FPMA):** 这是设施管理部门的人员之一，将负责进行您的改造施工。他们将与建筑师和施工队一起合作。此人可将项目分配给设施计划主管。

**设施计划主管(FPS) :** 设施管理部门人员之一，负责您改造的施工部分。与FPMA、建筑师和施工人员一起工作。项目由设施计划经理分派给设施计划主管。

**房源:** TSHC 全市范围内大楼名单或可以通过区域来识别，即东北、西北、东南或西南房源。

**采购:**用来雇佣供应商或购买产品的过程。该过程经董事会批准。

**S.S.C. :**高级服务协调员

**项目投标:**雇佣建筑师和建筑人员的过程，以确保对所有供应商的公平。

**单号:**这是您提交申请时发给您的申请的参考编号。与您要求维修时使用的参考编号相同。这是跟踪您的申请的一种方法。记下此号码。

**单元改造:** 这是增加安全扶手之外对任何单元进行物理改造的施工。仅安全扶手可由本地大楼工作人员应付。

**供应商:** 受雇提供货物或服务的任何机构或公司。

1

## 步骤 1-查看该指南

您已决定需改造您的单元以适应您的医疗需求。您已从您的、老年服务协调员(SSC)或直接从无障碍计划中收到此指南。您的第一步是回顾此指南，这样您就能准确地了解接下来会发生什么。



2

## 步骤 2-租户通过提交医疗调查问卷申请住宿

查找本指南中包含的医疗调查问卷表和同意书。您必须把它带去给您现在的医疗保健提供者。表格上显示了合格的卫生保健提供者名单。让您的医疗保健提供者填写表格，并将其返回给您的老年人服务协调员（SSC）。您的 SSC 位于您的中心办公室社区。您应该保存一份完整的医疗调查问卷的副本，供自己留存。您还应该加盖您的副本日期印章，由您的 SSC 签名并为您的申请分配单号。



3

## 步骤 3-提交您的医疗调查问卷和同意书

您的 **SSC** 将审查您的医疗问卷和同意书，以确保它被填写和签署。如果您的文件已完成并签署，**SSC** 将在 5 个工作日内将您的申请表转发给无障碍计划协调员。如果文件不完整，**SSC** 在文件完成之前无法将它转发给无障碍计划。由于 **TCHC** 负责交付您的单元改造，同意书允许多伦多老人住房公司与 **TCHC** 的无障碍计划工作人员分享您所需的医疗问卷调查。



## 步骤 4-与您的无障碍计划-协调员会面

无障碍计划协调员将在您提交完整的医疗问卷调查后的 15 个工作日内与您联系。您的协调员是您单元改造的重要之人，因为这将是整个过程的联系人，将根据所需的改造或搬迁满足您的所有需求。当协调员与您联系时，他们将预约进入您的单元，从您那里获得更多信息，以确保改造或搬迁将满足您单元的所有无障碍需求。预约将被安排在一个最适合您的时间表且协调员可以赴约的时间。

当您等待与协调员的预约时，列出您单元内所有给您造成不便的日常功能。此清单将帮助协调员评估您的需求。

您的清单可以是这样的：这仅是举例而已

- 无法移至浴缸-害怕摔倒
- 马桶太低-需提高马桶或马桶旁的扶手
- 水槽下没有膝盖的空间-轮椅不能在下面滚动
- 无法安全触及您冰箱的冷冻区
- 无法触及厨房橱柜
- 列出您所有的医疗设备

- 检查您是否能触及您单元的插座



## 步骤 5：无障碍计划-协调员，家访

协调员来访，以确保理解您的需求并做出评估来完成改造以满足您的需求（如果您目前的单元有足够空间），或建议您搬迁至另一单元，最有可能是另一栋楼。您的协调员将与您一起检查您的申请，也将检查对您来说很困难的日常活动的清单。他们可能会要求您向他们说明您目前为何或如何进行其中的一些活动。他们将在您当前的房间里寻找安全因素和功能。不要紧张，他们希望确保您得到所需的一切帮助，以确保安全。

如果确定您需要永久搬迁，协调员将在这次来访时告诉您。如果您需要永久搬迁，切勿惊慌。协调员将协助您完成整个过程，您将不会被搬迁到一个您不同意的地点。您将有机会列出您同意搬迁的任何 **TSHC** 大楼或区域。请仔细考虑您想住在哪里。您首选清单上的大楼单元往往尚未空出。协调员会将您放入无障碍搬迁等待名单上。切记，您愿意搬到 **TSHC** 的区域越大，就会越早被安置。还要记住，需要的卧室数量越多，等待的时间就越长。多伦多老人住房公司没有大量的轮椅移动单元，特别是超过一卧室的单元。需要两卧室或更多卧室的家庭通常会有很长的等候名单。协调员将密切注意满足您区域选择需求的房源。

- 当您的首选清单上的区域内有单元可入住时，协调员将联系您以查看该单元。在查看了该单元后，如果您认为它可以接受，您将通知协调员，他们将继续进行搬迁过程和文书工作。您的搬迁将由无障碍计划协调员安排，费用将由 **TCHC** 支付。

- 如果您查看后认为它不满足您的需求，联系协调员并说明它为何不能满足您的需求。
- 他们可能会就附近大楼里可入住的单元联系您，但它不在您的首选清单上。您没有义务去查看此单元，这也不算作被提供了搬迁地点。
- **如果您的单元可以改造**以满足您的医疗无障碍需求，协调员将列出所需的改造清单，这称为工作范围。然后他们会告知您，他们会很快与您联系，告诉您会发生什么以及大约何时开始。几乎所有的单元改造都要求租户在施工期间临时搬迁到另一单元。您将**不会失去您当前的单元**。从您当前的单元搬到临时单元以及搬回您的单元将由协调员安排，而且**搬家的费用，您的电话、有线电视和互联网的搬迁费用将由 TCH 支付。您将只负责您的日常水电费和每月租金。**

协调员将在本指南中填写您的重要信息表，并将它放在您选择的地方，这样您就可以在您需要时找到并检查它。

当您在接下来的几天等待时，在 TCH 内部会发生以下事情：

- 协调员将联系您并将文件转发给设施管理部门（FM）。设施管理（FM）是负责多伦多社区住房公司拥有的所有建筑的部门，管控您单元的改造和设计。

您单元的改造可能属于小改动 – 或许只是自动开门器加宽门道。

您单元的改造可能是一个大动作—这可能包括走廊，卧室，单元入口，浴室，厨房，客厅。值得注意的是，对于浴室，TCH 并不安装切割式浴缸，而是安装内置长凳的步入式无障碍淋浴器。

设施管理还控制 TCHC 委员会批准的年度预算，以及如何根据预算批准的标准进行分配。每年 TCHC 董事会批准一笔特定数额的资金。无障碍预算有不同部分，计划资金（公共空间）、套间内部和按需部分是预算的主要部分。



- 计划资金（公共空间）包括大堂、洗衣房、社区房间、无障碍停车场、对讲机等。
- 套间内部用于单元改造。
- 按需部分适用于因损坏导致的公共空间维修。

这对您来说很重要，因为它将决定在本年度的预算中是否有足够的钱来提供给您单元改造。



## 步骤 6：设施计划经理-无障碍或设施计划主管

接下来，设施计划经理-无障碍（FPMA）将管理所有项目或将项目分配给设施计划主管（FPS）来监督项目，他们将在收到文件后联系协调员，协调员将安排预约进行另一次家庭访问。FPMA 或 FPS 负责您的改造的施工部分。此次您将见到 FPMA 或 FPS。FPMA 或 FPS 将再次检查工作范围，并对工作范围进行更详细的说明。这不是对您的最后一次家庭访问。接下来要过几周的时间才会联系您。FPMA 或 FPS 将估计您单元改造的价格，并确定在本年度的预算中是否有足够的钱来进行改造。如果当前预算中没有足够的资金，则在第 13 步继续进行。如果预算中有资金，则流程将继续如下：

在此期间，在 TCHC 内部会发生很多事情。

- 根据改造的估价，需要不同级别的授权。这可能需要几天的时间才能获得所需的批准。总的资金分配需要得到批准。
- FPMA 将通知设计与工程团队 (D & E) 新工作已准备就绪。

- 设计与工程(D&E) 团队将准备必要的文件以聘请建筑师，建筑师将交付必要的图纸以完成您的单元改造。团队将进行采购（招聘）的过程。此过程可能需要几个星期。



## 步骤 7-建筑师来访

您的下一个联系人将是被雇佣的建筑师。协调员和或 **FPMA** 或 **FPS** 将联系您进行另一次家访。此次建筑师将参与并进行具体的测量。如果您选择在家，这可能会很有帮助，所以您可以回答适合您的需求的功能问题。

您现在的责任是确保您知道在施工期间临时搬迁时您会带上哪些物件。您还需列出需要与您一起搬走然后在您返回时搬回的东西。这将是您的家庭电话、互联网、有线电视和辅助生活设施安排。当您需要搬迁方面的帮助时，您的协调员会帮助您。

在接下来的几周内，建筑师将完成设计图纸并提交给 **TCHC** 进行批准。这是为了确保设计能够满足技术标准和您的需求。需要注意的是，在图纸完成并获得技术批准之前，不能雇用施工人员。一旦图纸获得批准，**D & E** 将准备施工公司或人员采购所需的文件。一旦建筑公司被雇佣，开发公司将通知 **FPMA** 或 **FPS**，并提交文件和图纸，施工过程开始。



## 步骤 8 - 施工日期与临时搬迁

FPMA 将与建筑公司交谈，弄清楚施工人员何时可以在您的单元进行施工。一旦日期确定，FPMA 将联系协调员并告知施工日期。

协调员接下来将检查在施工期间有哪些单元可接受临时搬迁。请注意，这些位置通常不在您的附近区域。请做好准备在短时间内住在远离您本来居住的社区。协调员会与您联系，向您更新施工进度，并告知您可能的临时居住地点。协调员将与您一起商讨在施工期间短时间内临时搬迁的地点。



## 步骤 9 - 您的单元施工期间的临时搬迁

您的下一步是访问协调员已安排给您查看的单元。请记住，虽然单元可能不完美，但这只是暂时的。如果您选择不接受任何所提供的单元，这可能会延迟您单元的改造。虽然选择所提供的单元很重要，但不要接受比您当前单元更不安全的房间。如果有必要，TCHC 将寻求获得其他机构的支持，如果可能的话，找到一个可以临时符合您的需要的单元，以确保您的单元改动可以如期完成。如果您拒绝所有提供的单元，因为它们不如您当前的单元安全，协调员将继续寻找一个可接受的单元。非常重要的一点是，您要告诉协调员为什么您不选择所提供的单元，或告知您将接受哪个单元。

如果您选择在施工期间留在您的单元，您将被要求签署一份弃权免责表格。留在您的单元中的权限将取决于您正获得的单元改造的类型。

如果您已选择了一个临时搬迁到的单元，协调员将准备临时住所协议供您签署。这样做的原因有很多，尤其是在紧急情况下，TSHC 必须在任何建筑中提供完整的现有租户名单。不要被这种临时搬迁吓到。一旦施工阶段完成，您将被搬回您的单元。

协调员会为您安排搬家公司，这样您就知道哪一天会发生什么。他们会在您的重要信息表上记录下这些信息。深呼吸，搬迁会有压力，您的协调员会让搬迁按尽可能容易。确保您的协调员知道您是否需要帮助打包。这可以是协调员搬迁安排工作的一部分。

协调员将联系 **FPMA** 或 **FPS** 正处理您单元改造的人，并告知搬迁日期。这将让 **FM** 的工作人员知道您的单元何时可以开始施工。然后，设施将安排与建筑公司、建筑师和协调员的施工前会议。本次会议不需要您做什么事情，只需要 **TSHC** 和 的员工和供应商。他们所要做的就是审查您的改造计划并确认截止日期。

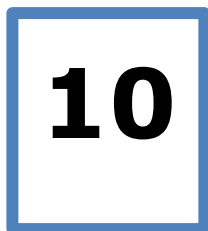
您能在预定的那天做好准备搬迁是非常重要的。一旦您离开了您当前的单元，由于安全原因，您将无法在施工过程中返回。

确保您在搬家的前 **24** 小时内携带任何您需要的药物。当您搬家时，所有的东西并不总是都能放在最容易找到的地方或盒子里。省去担心和压力，随身携带药物。

如果您有护理者的照顾，不用担心，您和或您的协调员已提前在新的地点安排好此事。

如果您有手机，随身携带，不要将充电器打包，第一晚您可能需要它，随身携带它。

还要确保您在外出当天带着协调员的电话号码。



## 步骤 10 - 今天是搬家日!

搬家的日子很忙碌，可能会有压力。您的协调员将会为搬家公司做好所有的安排。您的职责是在搬运工带着您的物品到达的同时到达您的临时单元。这样您就可以告诉他们您希望您的物品放在哪里。

您可能有家人的朋友帮您把东西拿出来，帮助确保您所有的服务到位。

如果您没有家人或朋友可以帮您拿出行李，不要担心，因为您已和您的协调员交谈过，他们已安排了帮助您解决。

一旦您进入临时单元，您的工作将完成，直到协调员因为您单元的改造已完成而联系您。您已知道您什么时候搬进去。现在您只需要做自己的日常工作，直到搬家。

您的临时单元的任何问题都应该交给您的协调员。



**11**

## 步骤 11-施工

施工过程从会前会议开始。您的 **FPMA** 或 **FPS** 将管理您的改造的实际施工。施工几乎总是会遇到一些小障碍。您可能听说，也可能没听说过。如果您听说过，别担心，技术人员会一直管理这类施工问题。只有当他们需要知道您对某事的个人偏好时，才会联系您。

如果有延误改变了您的搬家计划，您的协调员会联系并告诉您。这种情况可能会确实会不时发生，而且通常不超过一天左右。不要担心，只要和您的协调员谈谈，他们会帮助确保您目前的一切都保持在那里，直到施工完成。可能导致延误的不可预见的问题是：设备和大楼之间的管道问题（可能是排水问题）或电气问题。有时布线是在图纸上没有显示的地方，反之亦然，特别

是多年来可能历尽变化的老建筑。这些都是正常的施工问题，我们的 TCHC 工作人员知道如何解决这些问题，并定期这样做。别担心，他们会确保它对您来说既正确又安全。

施工现在已经完成了！该回家了



**12**

## 步骤 12-是时候回家了！

有人告诉您，现在工程已经完成，是时候搬回家了。在许多情况下，一想到此次改造将使您的生活更惬意安全，您就会激动不已。搬回家的过程和您搬进临时单元的过程完全相同，只是您没有临时租约要签。这一次，您可以期待您的协调员参加，将您的单元交还给您。有时施工人员甚至在您的单元观察您如何喜欢他们的工作。

协调员会指导您检查单元的所有变化，并确保它们满足您的医疗需求。

您必须向协调员指出任何可能不令人满意的事情，并解释原因。有时只需要一些无法预见的小调整。它们将被改正，您的单元改造现已完成。

您的协调员将有文件让您签署，改造已完成，您搬回自己的单元。



**13**



## 步骤 13-今年的预算已用完

您被告知，今年的无障碍预算用完了，现在又会发生什么事呢？

协调员会联系您，并告知您，您的单元改造列在等待资金分配的清单上。当他每年预计资金可用时会告诉您。当资金到位时，您的单元改造将按本指南概述的常规过程进行。



## 步骤 14: 无障碍永久搬迁

您的协调员已确定您的单元没有足够的空间来进行改造，以满足您的医疗需求。这意味着您需要永久搬迁，要搬到另一单元。协调员将要求您确定您希望居住的 TSHC 内的区域。那您也将有机会列出您喜爱的特定的大楼。永远记住：您不会被转移到任何您不同意去的建筑。您的协调员会把您列入永久的搬迁等候名单。您列出的每个大楼都有自己的等待名单。这意味着您可以在一栋大楼的名单上排名第一，但在另一栋大楼的名单上排名第四。永久搬迁的等待时间是未知的，且基于可住单元的数量。

TSHC 目前无障碍单元数量有限。尽管越来越多的单元一直在被改造，但由于人口老龄化，申请的数量也在增加。您搬迁另一个因素是您可能要求的卧室数量。卧室的数量越多，就越难找到一个能满足您需求的单元。

由于家庭成员多而需要更大的单元时，工作人员有时会找到一个可以改造的单元，以满足您可能需要的卧室数量。协调员接着会确认您想住在可住的大楼，并要求您提供书面意向书，在单元改造后接受该单元。钱将用于按您或您的家庭的需要进行改造，但 TSHC 和 TCHC 需将单元分配给租户，以便对所花费的钱负责。

## 最后的注意事项:

随着立法和或 TCHC 要求可能发生变化，此过程也可能发生变化。

R-PATH 将根据需要为 TCHC 和 TSHC 监督处理今后的更新。



## 有关您的单元改造的重要信息

多伦多社区住房公司（TCHC）期待着帮助使您的单元更方便您使用。我们希望您在家感到舒适，这样您就可以呆在您的社区里。

负责您的项目的 TCH 无障碍计划协调员的名字是

\_\_\_\_\_。

您联系他们的电话号码是\_\_\_\_\_或发邮件至

\_\_\_\_\_在办公时间。

您单元改造的的预计开工时间为\_\_\_\_\_。请注意，此日期可能会更改。和任何施工项目一样，有时也会发生延误。您的协调员将在预计开始日期前一周（7 个日历天）给您最新信息，以确认或通知您更改。

**如果单元小改造时您留在您的单元内， TSHC 现场工作人员可能会帮助您移走您的物品，远离施工。如果他们不能帮助您，请与您的协调员讨论您的需求。如果您在施工期间住在您的单元，您也将被要求签署一份豁免书。**

**如果您在施工期间要搬到另一个单元，TCHC 将安排重要的家具和物品搬至临时单元。如果您需要帮助打包，请通知您的协调员，以便他们可以安排有人来帮助您。您也将得到帮助，以搬回您的单元。**

如果您接受家庭护理，请注意，临时搬迁不会意味着您失去您的服务。事实上，您的服务可以和您一起迁到您的临时住所。请联系您的服务提供商和社会工作者，以便进行安排。

施工会在您的生活中造成一些混乱，但 TCHC 和 TSHC 将努力使这个过程尽可能轻松无忧。

## 无障碍医疗调查问卷

租户：

无障碍计划住宿申请是一项要求提交医疗信息使申请得到批准并确保满足您的所有医疗住宿需求的计划。它提供了批准或拒绝您的住宿申请的信息。

以下医疗问卷是帮助无障碍计划确定两件事的文件： 1)如果您的要求基于您的医疗需求； 2)您的医疗需求在您的家中安全实用。

此文件必须由您的**持照医疗保健专业人士**填写。

一旦完成填写，**请提交给您社区的老年服务协调员**。建议您保留复印件，供自己保存。如果您没有办法制作副本，请您的调员高级服务协调员给您一份副本。也要求他们在将副本还给您之前在上面盖章。

本文件是您对医疗要求的无障碍住宿的正式申请。在您提交填写的医疗问卷后不久，将以书面形式联系您，告知您的批准状态。此表格并不保证您将被批准。

### 住宿 无障碍申请

如果您目前是多伦多老人住房公司租户，需要一个可访问的单元、单元修改或其他基于人权法规确定的需要的住宿，请让在加拿大执业的合格医生填写此表格。

虽然有些申请可能会导致搬迁到另一个多伦多老年人住房公司单元，但多伦多老年人住房公司在考虑搬迁之前，总是会尝试合理地满足当前单元

的需求。

如果您需要另一种格式或其他语言的此信息，请联系。租户支持中心电话是 416-945-0800。

**对有持照医疗保健专业人员及其患者的重要提示：**

- 使用**滑板车或助行器**并不一定使病人有资格获得一个改装的单元或搬到另一个单元。
- **改造的单元**根据个人需求提供不同程度的改造和无障碍服务。

## Accessibility Medical Questionnaire

Tenants:

The Accessibility Program accommodation request is a program that requires medical information to be submitted for the request to be approved and to ensure all your medical accommodation needs are met. It provides information to approve or deny your accommodation request.

The following medical questionnaire is the document that will assist the Accessibility Program determine two things: 1) if your request is based on your medical needs and 2) what your medical needs are to be safe and functional in your home.

This document must be completed by your **licenced health care professional**.

Once it is completed, **please submit it to the Seniors Services Co-ordinator for your community**. It is recommended that you make a copy for your own records. If you do not have a way to make a copy, ask your Seniors Services Coordinator to make a copy for you. Also request they date stamp your copy before returning the copy to you.

This document is your official request for medically required accessibility accommodation. You will be contacted in writing advising of your approval status shortly after you have submitted the completed Medical Questionnaire forms. This form does not guarantee you will be approved.

## ACCOMMODATION / ACCESSIBILITY REQUEST

If you are a current Toronto Seniors Housing tenant who requires an accessible unit, unit modifications, or other accommodation based on a *Human Rights Code* identified need, please have a qualified medical practitioner who is licensed to practice in Canada complete this form.

While some requests may result in a transfer to another Toronto Seniors Housing unit, Toronto Seniors Housing will always try to reasonably accommodate the need in the current unit before considering a transfer.

If you need this information in an alternative format or another language, please contact the Tenant Support Centre at 416-945-0800.

### **Important note to licensed healthcare professionals and their patients:**

- The use of a **scooter** or **walker** does not necessarily qualify a patient for a modified unit or a transfer to another unit.
- **Modified units** provide varying degrees of modifications and accessibility depending on individual need.

## PATIENT INFORMATION

To be completed by a qualified medical practitioner who is licensed to practice in Canada:

1.	<b>Patient details:</b> First name: _____ Last name: _____ Address: _____ Unit #: _____ Date of birth (mm/dd/yy): _____ Parent/Guardian's name (if patient under 18): _____
2.	How many years has this patient been under your care? _____
3.	You understand and agree that you are providing your own qualified medical opinion with respect to the facts stated in this form and you understand and agree that when this form refers to a "medical reaction", the reaction referred to is one that is outside the range of how an average person would react.  <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4.	Please provide your medical opinion with respect to the patient's functional abilities that are relevant and apply. Include additional details in section 6.  If the ability is not relevant to the request, place a diagonal line through the text box.

a.	<b>Walking</b> <input type="checkbox"/> Full abilities <input type="checkbox"/> Up to 100 metres <input type="checkbox"/> 100-200 metres <input type="checkbox"/> Other (specify)	<b>Standing</b> <input type="checkbox"/> Full abilities <input type="checkbox"/> Up to 15 minutes <input type="checkbox"/> 15-30 minutes <input type="checkbox"/> Other (specify)	<b>Stair Climbing</b> <input type="checkbox"/> Full abilities <input type="checkbox"/> Up to 5 steps <input type="checkbox"/> 5-10 steps <input type="checkbox"/> Other (specify)
b.	<b>Sitting</b> <input type="checkbox"/> Full abilities <input type="checkbox"/> Up to 30 min <input type="checkbox"/> 30 min-1 hour <input type="checkbox"/> Other (specify) <hr/>	<b>Lifting Floor to Waist</b> <input type="checkbox"/> Full abilities <input type="checkbox"/> Up to 5 kg <input type="checkbox"/> 5-10 kg <input type="checkbox"/> Other (specify) <hr/>	<b>Lifting Waist to Shoulder</b> <input type="checkbox"/> Full abilities <input type="checkbox"/> Up to 5 kg <input type="checkbox"/> 5-10 kg <input type="checkbox"/> Other (specify)
c.	<b>Hearing:</b> able to hear in-suite and building smoke and CO alarms <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<b>Hearing:</b> Other relevant restrictions (specify)

d.	<p><b>Chemicals or Scents</b></p> <p><input type="checkbox"/> No restrictions/full abilities</p> <p><input type="checkbox"/> Medical reaction triggered by scent</p> <p><input type="checkbox"/> Medical reaction triggered by touch</p> <p><input type="checkbox"/> Other (specify) _____</p>	<p><b>Chemicals or Scents: How long after exposure does reaction subside?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Within 5 minutes (e.g. of mopping floor)</p> <p><input type="checkbox"/> 5-15 minutes</p> <p><input type="checkbox"/> 15-30 minutes</p> <p><input type="checkbox"/> Other (specify) _____</p>	<p><b>Chemicals or Scents: Distance from patient</b></p> <p><input type="checkbox"/> Within 5 feet from areas patient occupies</p> <p><input type="checkbox"/> 5-20 feet from areas patient occupies</p> <p><input type="checkbox"/> Other (specify) _____</p>
e.	<p><b>Chemicals/Scents:</b> The following chemicals or scents cause a medical reaction (list names of chemicals and severity of reaction):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
f.	<p><b>Environmental exposure</b></p> <p><input type="checkbox"/> No restrictions/full abilities</p> <p><input type="checkbox"/> Medical reaction triggered by heat (specify temperature, duration and reaction)</p> <p><input type="checkbox"/> Medical reaction triggered cold (specify temperature, duration and reaction)</p> <p><input type="checkbox"/> Other (Specify) _____</p>	<p><b>Noise</b></p> <p><input type="checkbox"/> Within 5 feet from areas patient occupies</p> <p><input type="checkbox"/> 5-20 feet from areas patient occupies</p> <p><input type="checkbox"/> Other (specify) _____</p>	



5.	<p>Please provide your medical opinion with respect to the patient's <b>functional restrictions</b> that are relevant and apply. Include additional details in section 6.</p> <p>If the ability is not relevant to the request, place a diagonal line through the text box.</p>													
a.	<p><b>Bending/twisting or repetitive movement</b> (specify) <input type="checkbox"/></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p><b>Limited use of hands:</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Left</th> <th style="text-align: right;">Right</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> gripping</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> pushing/pulling</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> twisting</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> hand strength</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> other (specify)</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <hr/>	Left	Right	<input type="checkbox"/> gripping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pushing/pulling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> twisting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hand strength	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> other (specify)	<input type="checkbox"/>
Left	Right													
<input type="checkbox"/> gripping	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/> pushing/pulling	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/> twisting	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/> hand strength	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/> other (specify)	<input type="checkbox"/>													
6.	<p><b>Additional comments on <b>abilities</b> and/or <b>restrictions</b></b></p> <p>Please note: It is not Toronto Seniors Housing's best practice to provide step-in bathtubs due to flooding issues. Please advise if your patient would benefit by installing a walk-in/roll-in shower with a built-in bench for safety.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>													
7.	<p>Does the patient use a mobility device that is medically required?</p> <p>If yes, what mobility device(s) is required (check all that apply):</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cane</td> <td><input type="checkbox"/> Stationary walker</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gurney wheelchair</td> <td><input type="checkbox"/> Rolling walker</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wheelchair stroller</td> <td><input type="checkbox"/> Manual wheelchair</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Electric wheelchair</td> <td><input type="checkbox"/> Scooter</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hoyer lift</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Other (specify) _____</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Cane	<input type="checkbox"/> Stationary walker	<input type="checkbox"/> Gurney wheelchair	<input type="checkbox"/> Rolling walker	<input type="checkbox"/> Wheelchair stroller	<input type="checkbox"/> Manual wheelchair	<input type="checkbox"/> Electric wheelchair	<input type="checkbox"/> Scooter	<input type="checkbox"/> Hoyer lift		<input type="checkbox"/> Other (specify) _____		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Cane	<input type="checkbox"/> Stationary walker													
<input type="checkbox"/> Gurney wheelchair	<input type="checkbox"/> Rolling walker													
<input type="checkbox"/> Wheelchair stroller	<input type="checkbox"/> Manual wheelchair													
<input type="checkbox"/> Electric wheelchair	<input type="checkbox"/> Scooter													
<input type="checkbox"/> Hoyer lift														
<input type="checkbox"/> Other (specify) _____														

8.	Is the patient currently hospitalized? If yes, is expected discharge imminent?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
9.	Are the functional restrictions temporary and expected to be resolved or substantially resolved within the year (e.g. broken ankle)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
10.	Can the patient access and use the bathroom (including bathing or showering facilities) in their current unit?  Please note: It is not Toronto Seniors Housing's best practice to provide step-in bathtubs due to flooding issues. Please advise if your patient would benefit by installing a walk-in/roll-in shower with a built-in bench for safety.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
a.	Can the patient use a bathtub?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
b.	Does the patient require a walk-in/roll-in shower?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
c.	Does the patient require additional knee clearance under the sink?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
d.	For any other requirements the patient has in their bathroom, please explain further in section 6.	
11.	Can the patient access and use the kitchen facilities in their current unit?  If no, explain further in section 6.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
a.	Can the patient access their oven and fridge?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
b.	Does the patient require additional knee clearance under the sink or kitchen counter?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
c.	What is the patient's reach capacity (i.e. ability to access items from kitchen cupboards)?  _____  _____  _____	
d.	For any other requirements the patient has in their kitchen, please explain further in section 6.	

12.	<p>Do the functional restrictions prevent the patient from being able to perform activities of daily living in their unit (i.e. self-care, personal hygiene, eating, making decisions, completing tasks, etc.)?</p> <p>If yes, specify:</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
13.	<p>What measures might (by the household <i>and</i> by Toronto Seniors Housing) enable the household member to perform activities of daily living in their existing unit?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
14.	<p>If the patient is seeking a transfer to another residential unit, what are you expecting the other unit to have (that the patient's current unit does not have) that would address the needs of the patient?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
15.	<p>Is the unit causing or contributing to the impairment? If yes, how is it doing so?</p> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

16.	In your professional opinion, do you believe that nothing short of a move will result in the household member being able to perform activities of daily living in their unit?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
-----	---	---

## Specific Information related to Request for Additional Bedroom

### **Important Note to Doctors and their Patients**

The City of Toronto has established Local Occupancy Standards for rent-geared-to income housing. These Standards permit a household to qualify for an extra bedroom if:

- A. A spouse who would normally share a bedroom requires a separate bedroom because of a disability. Spouses will not normally qualify for an additional bedroom unless a second bed cannot be accommodated within a shared bedroom.

A household will not qualify for an additional bedroom based on a snoring condition alone.

- B. A room is required to store equipment that a member of the household needs because of a permanent disability, and the equipment is too large to be reasonably accommodated in a unit size for which the household would normally qualify. The following equipment will not normally qualify a household for an additional bedroom:

- i. continuous positive airway pressure (CPAP) machines;
- ii. air-filtration systems;
- iii. vaporizers or humidifiers;
- iv. walkers, wheelchairs, or scooters;
- v. massage tables; or
- vi. exercise equipment.

- C. An additional bedroom is required for an individual who is not a member of the household but who occupies the unit to provide full-time overnight support services to a member of the household. The household must also submit the Caregiver application forms with these types of requests.

When a household requests an extra bedroom for a medical reason, Toronto Seniors Housing must determine if the household qualifies under the Local Occupancy Standards. From time to time, Toronto Seniors Housing may ask for new information to verify that the household still qualifies for the extra bedroom. If the patient is requesting an additional bedroom, please complete the following along with the other information requested above in this form:

17.	Why does a person with this medical condition or disability need an additional bedroom?	
18.	Is a room required to store medical equipment?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
a.	If yes, what is the medical equipment?	
b.	What are the dimensions of the medical equipment?	
c.	The bedroom(s) in this unit are the following size(s) (TSHC staff to complete):	
d.	Can the medical equipment reasonably be accommodated in the current unit? If no, please explain why, and explain what square footage is required: _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
19.	Does your patient's disability require them to have a separate bedroom to accommodate a full-time overnight caregiver who is not part of the household? If yes, what services do they require? _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
20.	Is the need for full-time overnight care long-term? If no, how long will the patient need overnight care? _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If a full-time overnight caregiver is required, the household must also complete the Home Care Agency's Verification Form, or the Caregiver's Verification Form if the caregiver is not affiliated with a home care agency.		

## Licensed Healthcare Professional (LHCP)

I am a (check box that applies):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> GP/Family Physician    | <input type="checkbox"/> Oncologist             |
| <input type="checkbox"/> Allergist/Immunologist | <input type="checkbox"/> Ophthalmologist        |
| <input type="checkbox"/> Cardiologist           | <input type="checkbox"/> Psychiatrist           |
| <input type="checkbox"/> Dermatologist          | <input type="checkbox"/> Pulmonologist          |
| <input type="checkbox"/> Neurologist            | <input type="checkbox"/> Clinical Psychologist  |
| <input type="checkbox"/> Occupational Therapist | <input type="checkbox"/> Other (specify): _____ |

I hereby certify that this information represents my best professional judgment and is true and correct to the best of my knowledge.

LHCP stamp  
or  
Provincial Registration #

\_\_\_\_\_  
LHCP Name (please print)

\_\_\_\_\_  
Contact Tel. Number

\_\_\_\_\_  
LHCP Signature

\_\_\_\_\_  
Date (mm/dd/yy)

## Patient Consent

I understand that Toronto Seniors Housing Corporation requires the personal information requested on this form to determine my eligibility for an accessible unit, unit modifications or other accommodation. I authorize my licensed healthcare professional to release information requested on this form to Toronto Seniors Housing Corporation and I consent to Toronto Seniors Housing Corporation using, verifying, disclosing and retaining this information, my application and any supporting documentation on my housing file to the extent it is necessary in order to respond to my request for accommodation and for related tenancy purposes. For clarity, disclosure may be to an independent medical consultant, to the tenant, to the City of Toronto for the purposes of compliance with the *Housing Services Act*, etc. I understand that Toronto Seniors Housing will not directly contact my healthcare professional without my prior consent. I understand that if I am the patient and not the tenant that the information collected as a result of this form will be shared with the tenant and I consent to this disclosure.

\_\_\_\_\_  
Patient's Name (please print)\*

\_\_\_\_\_  
Patient's Signature\*

\_\_\_\_\_  
Tenant's Name (if not the patient)

\_\_\_\_\_  
Tenant's Phone Number

\_\_\_\_\_  
Tenant's Account Number

\_\_\_\_\_  
Date (mm/dd/yy)

*\*If the patient is under 18 or unable to provide consent in writing by reason of physical or mental disability, the consent must be signed by the patient's parent, legal guardian, trustee, or power of attorney for personal care and property.*



The personal information on this form is collected under the authority of the *Human Rights Code*, RSO 1990, c H19 including sections 10, 11 and 17 of that act; the *Housing Services Act, 2011*, SO 2011, c 6 Sched 1 including section 176 of that act and O Reg 367/11 including section 47(1) 5 of that regulation; and/or the *Residential Tenancies Act, 2006*, SO 2006, c 17 including section 10 of that act, and will be used only as is necessary for the purposes of determining an applicant's eligibility for an accessible unit, modifications to their current unit, transfers to another unit, and/or other accessibility/accommodation measures related to the tenancy. If you have any questions about the collection of this information, please contact Toronto Seniors Housing's Information Specialist at 423 Yonge Street, Toronto, ON, M5B 1T2, by phone 416-945-0888 or email [solutions@torontoseniorshousing.ca](mailto:solutions@torontoseniorshousing.ca)

编写与开发机构：



## **R-PATH 委员会**

(在多伦多住房中负责个人无障碍设施)

合作方：

多伦多社区住房公司管理与工作人员

---

您可以通过下列方式联系 R-PATH 委员会：

[cbirch619@msn.com](mailto:cbirch619@msn.com) 或 647-201-7941

---

您可以通过您的 老年人服务协调员 联系

无障碍计划

或联系 租户支持中心, 电话: 416-945-0800