



# 您的無障礙服務!

無障礙計劃指南

多倫多老人住房公司

卷 1 老年版-2022

## 引言

本指南由 R-PATH 委員會開發和編寫，該委員會是一個殘疾人租戶委員會，倡導為殘疾人服務，以確保對租戶友好和透明。它是與多倫多老年住房公司 (TSHC) 以及多倫多社區住房公司(TCHC)管理人員和員工合作開發的，以確保流程步驟的準確性。

多倫多老人住房公司致力於為殘疾租戶提供無障礙設施。本指南將告知租戶需要做什麼，以便他們可以提交無障礙改造申請並將其完成。

本指南將提供預估時間表以及工作人員完成無障礙改造申請所採取的步驟。儘管每項改造與單個申請一樣有所不同，但過程中的許多步驟都是相同的。本指南將為您提供術語和縮寫詞的單詞表、表格以及簡單易懂的無障礙計劃部門過程的循序漸進的描述。

某些情況下，因為空間不足無法進行適合租戶在當前單元需求的改造，租戶需搬遷到另一棟大樓。在本指南中也確定和描述了此過程。該計劃基於租戶的醫療無障礙需求。

本指南將幫助您跟踪您的單元改造。

本指南的目標是確保租戶知道預計會發生什麼，並將所有信息傳遞給任何需要無障礙設施的租戶。本指南以其他格式和語言提供。

聯繫租戶支持中心：[support@torontoseniorshousing.ca](mailto:support@torontoseniorshousing.ca) 或致電  
416-945-0800

## 內容

引言 .....	2
詞彙表 .....	4
步驟 1-查看該指南 .....	5
步驟 2-租戶通過提交醫療調查問卷申請住宿 .....	5
步驟 3-提交您的醫療調查問卷和同意書 .....	5
步驟 4-與您的無障礙計劃-協調員會面 .....	6
步驟 5: 無障礙計劃-協調員, 家訪 .....	7
步驟 6: 設施計劃經理-無障礙或設施計劃主管 .....	9
步驟 7-建築師來訪 .....	10
步驟 8 - 施工日期與臨時搬遷 .....	11
步驟 9 - 您的單元施工期間的臨時搬遷 .....	11
步驟 10 - 今天是搬家日! .....	12
步驟 11-施工 .....	13
步驟 12-是時候回家了! .....	14
步驟 13-今年的預算已用完 .....	15
步驟 14: 無障礙永久搬遷 .....	15
無障礙醫療調查問卷 .....	18
編寫與開發機構: .....	20

## 詞彙表

**FM:** 設施管理

**協調員:** 無障礙計劃協調員

**設施計劃經理- 無障礙(FPMA):** 這是設施管理部門的人員之一，將負責進行您的改造施工。他們將與建築師和施工隊一起合作。此人可將項目分配給設施計劃主管。

**設施計劃主管(FPS):** 設施管理部門人員之一，負責您改造的施工部分。與FPMA、建築師和施工人員一起工作。項目由設施計劃經理分派給設施計劃主管。

**房源:TSHC** 全市範圍內大樓名單或可以通過區域來識別，即東北、西北、東南或西南房源。

**採購:**用來僱傭供應商或購買產品的過程。該過程經董事會批准。

**SSC:**高級服務協調員

**項目投標:**僱傭建築師和建築人員的過程，以確保對所有供應商的公平。

**單號:**這是您提交申請時發給您的申請的參考編號。與您要求維修時使用的參考編號相同。這是跟踪您的申請的一種方法。記下此號碼。

**單元改造:** 這是增加安全扶手之外對任何單元進行物理改造的施工。僅安全扶手可由本地大樓工作人員應付。

**供應商:** 受僱提供貨物或服務的任何機構或公司。

1

## 步驟 1-查看該指南

您已決定需改造您的單元以適應您的醫療需求。您已從您的、老年服務協調員(SSC)或直接從無障礙計劃中收到此指南。您的第一步是回顧此指南，這樣您就能準確地了解接下來會發生什麼。



2

## 步驟 2-租戶通過提交醫療調查問卷申請住宿

查找本指南中包含的醫療調查問卷表和同意書。您必須把它帶去給您現在的醫療保健提供者。表格上顯示了合格的衛生保健提供者名單。讓您的醫療保健提供者填寫表格，並將其返回給您的老年人服務協調員（SSC）。您的 SSC 位於您的中心辦公室社區。您應該保存一份完整的醫療調查問卷的副本，供自己留存。您還應該加蓋您的副本日期印章，由您的 SSC 簽名並為您的申請分配單號。



3

## 步驟 3-提交您的醫療調查問卷和同意書

您的 **SSC** 將審查您的醫療問卷和同意書，以確保它被填寫和簽署。如果您的文件已完成並簽署，**SSC** 將在 5 個工作日內將您的申請表轉發給無障礙計劃協調員。如果文件不完整，**SSC** 在文件完成之前無法將它轉發給無障礙計劃。由於 **TCHC** 負責交付您的單元改造，同意書允許多倫多老人住房公司與 **TCHC** 的無障礙計劃工作人員分享您所需的醫療問卷調查。



## 步驟 4-與您的無障礙計劃-協調員會面

無障礙計劃協調員將在您提交完整的醫療問卷調查後的 15 個工作日內與您聯繫。您的協調員是您單元改造的重要之人，因為這將是整個過程的聯繫人，將根據所需的改造或搬遷滿足您的所有需求。當協調員與您聯繫時，他們將預約進入您的單元，從您那裡獲得更多信息，以確保改造或搬遷將滿足您單元的所有無障礙需求。預約將被安排在一個最適合您的時間表且協調員可以赴約的時間。

當您等待與協調員的預約時，列出您單元內所有給您造成不便的日常功能。此清單將幫助協調員評估您的需求。

您的清單可以是這樣的：這僅是舉例而已

- 無法移至浴缸-害怕摔倒
- 馬桶太低-需提高馬桶或馬桶旁的扶手
- 水槽下沒有膝蓋的空間-輪椅不能在下面滾動
- 無法安全觸及您冰箱的冷凍區
- 無法觸及廚房櫥櫃
- 列出您所有的醫療設備

- 檢查您是否能觸及您單元的插座



## 步驟 5：無障礙計劃-協調員，家訪

協調員來訪，以確保理解您的需求並做出評估來完成改造以滿足您的需求（如果您目前的單元有足夠空間），或建議您搬遷至另一單元，最有可能是另一棟樓。您的協調員將與您一起檢查您的申請，也將檢查對您來說很困難的日常活動的清單。他們可能會要求您向他們說明您目前為何或如何進行其中的一些活動。他們將在您當前的房間裡尋找安全因素和功能。不要緊張，他們希望確保您得到所需的一切幫助，以確保安全。

如果確定您需要永久搬遷，協調員將在這次來訪時告訴您。如果您需要永久搬遷，切勿驚慌。協調員將協助您完成整個過程，您將不會被搬遷到一個您不同意的地點。您將有機會列出您同意搬遷的任何 TSHC 大樓或區域。請仔細考慮您想住在哪裡。您首選清單上的大樓單元往往尚未空出。協調員會將您放入無障礙搬遷等待名單上。切記，您願意搬到 TSHC 的區域越大，就會越早被安置。還要記住，需要的臥室數量越多，等待的時間就越長。多倫多老人住房公司沒有大量的輪椅移動單元，特別是超過一臥室的單元。需要兩臥室或更多臥室的家庭通常會有很長的等候名單。協調員將密切注意滿足您區域選擇需求的房源。

- 當您的首選清單上的區域內有單元可入住時，協調員將聯繫您以查看該單元。在查看了該單元後，如果您認為它可以接受，您將通知協調員，他們將繼續進行搬遷過程和文書工作。您的搬遷將由無障礙計劃協調員安排，費用將由 TCHC 支付。

- 如果您查看後認為它不滿足您的需求，聯繫協調員並說明它為何不能滿足您的需求。
- 他們可能會就附近大樓裡可入住的單元聯繫您，但它不在您的首選清單上。您沒有義務去查看此單元，這也不算作被提供了搬遷地點。
- **如果您的單元可以改造**以滿足您的醫療無障礙需求，協調員將列出所需的改造清單，這稱為工作範圍。然後他們會告知您，他們會很快與您聯繫，告訴您會發生什麼以及大約何時開始。幾乎所有的單元改造都要求租戶在施工期間臨時搬遷到另一單元。您將不會失去您當前的單元。從您當前的單元搬到臨時單元以及搬回您的單元將由協調員安排，而且搬家的費用，您的電話、有線電視和互聯網的搬遷費用將由 **TCH** 支付。您將只負責您的日常水電費和每月租金。

協調員將在本指南中填寫您的重要信息表，並將它放在您選擇的地方，這樣您就很容易在您需要時找到並檢查它。

當您在接下來的幾天等待時，在 **TCH** 內部會發生以下事情：

- 協調員將聯繫您並將文件轉發給設施管理部門（**FM**）。設施管理（**FM**）是負責多倫多社區住房公司擁有的所有建築的部門，管控您單元的改造和設計。

您單元的改造可能屬於小改動—或許只是自動開門器加寬門道。

您單元的改造可能是一個大動作—這可能包括走廊，臥室，單元入口，浴室，廚房，客廳。值得注意的是，對於浴室，**TCH** 並不安裝切割式浴缸，而是安裝內置長凳的步入式無障礙淋浴器。

設施管理還控制 **TCHC** 委員會批准的年度預算，以及如何根據預算批准的標準進行分配。每年 **TCHC** 董事會批准一筆特定數額的資金。無障礙預算有不同部分，計劃資資金（公共空間）、套間內部和按需部分是預算的主要部分。



- 計劃資金（公共空間）包括大堂、洗衣房、社區房間、無障礙停車場、對講機等。
- 套間內部用於單元改造。
- 按需部分適用於因損壞導致的公共空間維修。

這對您來說很重要，因為它將決定在本年度的預算中是否有足夠的錢來提供給您的單元改造。



## 步驟 6：設施計劃經理-無障礙或設施計劃主管

接下來，設施計劃經理-無障礙（FPMA）將管理所有項目或將項目分配給設施計劃主管（FPS）來監督項目，他們將在收到文件後聯繫協調員，協調員將安排預約進行另一次家庭訪問。FPMA 或 FPS 負責您的改造的施工部分。此次您將見到 FPMA 或 FPS。FPMA 或 FPS 將再次檢查工作範圍，並對工作範圍進行更詳細的說明。這不是對您的最後一次家庭訪問。接下來要過幾週的時間才會聯繫您。FPMA 或 FPS 將估計您單元改造的價格，並確定在本年度的預算中是否有足夠的錢來進行改造。如果當前預算中沒有足夠的資金，則在第 13 步繼續進行。如果預算中有資金，則流程將繼續如下：

在此期間，在 TCHC 內部會發生很多事情。

- 根據改造的估價，需要不同級別的授權。這可能需要幾天的時間才能獲得所需的批准。總的資金分配需要得到批准。
- FPMA 將通知設計與工程團隊(D & E)新工作已準備就緒。

- 設計與工程(D&E) 團隊將準備必要的文件以聘請建築師，建築師將交付必要的圖紙以完成您的單元改造。團隊將進行採購（招聘）的過程。此過程可能需要幾個星期。



## 步驟 7-建築師來訪

您的下一個聯繫人將是被僱傭的建築師。協調員和或 FPMA 或 FPS 將聯繫您進行另一次家訪。此次建築師將參與並進行具體的測量。如果您選擇在家，這可能會很有幫助，所以您可以回答適合您的需求的功能問題。

您現在的責任是確保您知道在施工期間臨時搬遷時您會帶上哪些物件。您還需列出需要與您一起搬走然後在您返回時搬回的東西。這將是您的家庭電話、互聯網、有線電視和輔助生活設施安排。當您需要搬遷方面的幫助時，您的協調員會幫助您。

在接下來的幾週內，建築師將完成設計圖紙並提交給 TCHC 進行批准。這是為了確保設計能夠滿足技術標準和您的需求。需要注意的是，在圖紙完成並獲得技術批准之前，不能僱用施工人員。一旦圖紙獲得批准，D & E 將準備施工公司或人員採購所需的文件。一旦建築公司被僱傭，開發公司將通知 FPMA 或 FPS，並提交文件和圖紙，施工過程開始。



## 步驟 8 - 施工日期與臨時搬遷

FPMA 將與建築公司交談，弄清楚施工人員何時可以在您的單元進行施工。一旦日期確定，FPMA 將聯繫協調員並告知施工日期。

協調員接下來將檢查在施工期間有哪些單元可接受臨時搬遷。請注意，這些位置通常不在您的附近區域。請做好準備在短時間內住在遠離您本來居住的社區。協調員會與您聯繫，向您更新施工進度，並告知您可能的臨時居住地點。協調員將與您一起商討在施工期間短時間內臨時搬遷的地點。



## 步驟 9 - 您的單元施工期間的臨時搬遷

您的下一步是訪問協調員已安排給您查看的單元。請記住，雖然單元可能不完美，但這只是暫時的。如果您選擇不接受任何所提供的單元，這可能會延遲您單元的改造。雖然選擇所提供的單元很重要，但不要接受比您當前單元更不安全的房間。如果有必要，TCHC 將尋求獲得其他機構的支持，如果可能的話，找到一個可以臨時符合您的需要的單元，以確保您的單元改動可以如期完成。如果您拒絕所有提供的單元，因為它們不如您當前的單元安全，協調員將繼續尋找一個可接受的單元。非常重要的一點是，您要告訴協調員為什麼您不選擇所提供的單元，或告知您將接受哪個單元。

如果您選擇在施工期間留在您的單元，您將被要求籤署一份棄權免責表格。留在您的單元中的權限將取決於您正獲得的單元改造的類型。

如果您已選擇了一個臨時搬遷到的單元，協調員將準備臨時住所協議供您籤署。這樣做的原因有很多，尤其是在緊急情況下，TSHC 必須在任何建築中提供完整的現有租戶名單。不要被這種臨時搬遷嚇到。一旦施工階段完成，您將被搬回您的單元。

協調員會為您安排搬家公司，這樣您就知道哪一天會發生什麼。他們會在您的重要信息表上記錄下這些信息。深呼吸，搬遷會有壓力，您的協調員會讓搬遷按盡可能容易。確保您的協調員知道您是否需要幫助打包。這可以是協調員搬遷安排工作的一部分。

協調員將聯繫 **FPMA** 或 **FPS** 正處理您單元改造的人，並告知搬遷日期。這將讓 **FM** 的工作人員知道您的單元何時可以開始施工。然後，設施將安排與建築公司、建築師和協調員的施工前會議。本次會議不需要您做什麼事情，只需要 **TSHC** 和的員工和供應商。他們所要做的就是審查您的改造計劃並確認截止日期。

您能在預定的那天做好準備搬遷是非常重要的。一旦您離開了您當前的單元，由於安全原因，您將無法在施工過程中返回。

確保您在搬家的前 **24** 小時內攜帶任何您需要的藥物。當您搬家時，所有的東西並不總是都能放在最容易找到的地方或盒子裡。省去擔心和壓力，隨身攜帶藥物。

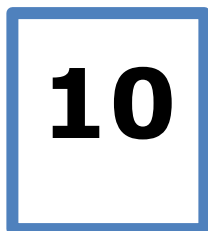
如果您有護理者的照顧，不用擔心，您和或您的協調員已提前在新的地點安排好此事。

如果您有手機，隨身攜帶，不要將充電器打包，第一晚您可能需要它，隨身攜帶它。

還要確保您在外出當天帶著協調員的電話號碼。



© Can Stock Photo - csp2978430



## 步驟 10 - 今天是搬家日!

搬家的日子很忙碌，可能會有壓力。您的協調員將會為搬家公司做好所有的安排。您的職責是在搬運工帶著您的物品到達的同時到達您的臨時單元。這樣您就可以告訴他們您希望您的物品放在哪裡。

您可能有家屬或朋友幫您把東西拿出來，幫助確保您所有的服務到位。

如果您沒有家人或朋友可以幫您拿出行李，不要擔心，因為您已和您的協調員交談過，他們已安排了幫助您解決。

一旦您進入臨時單元，您的工作將完成，直到協調員因為您單元的改造已完成而聯繫您。您已知道您什麼時候搬進去。現在您只需要做自己的日常工作，直到搬家。

您的臨時單元的任何問題都應該交給您的協調員。



**11**

## 步驟 11-施工

施工過程從會前會議開始。您的 FPMA 或 FPS 將管理您的改造的實際施工。施工幾乎總是會遇到一些小障礙。您可能聽說，也可能沒聽說過。如果您聽說過，別擔心，技術人員會一直管理這類施工問題。只有當他們需要知道您對某事的個人偏好時，才會聯繫您。

如果有延誤改變了您的搬家計劃，您的協調員會聯繫並告訴您。這種情況可能會確實會不時發生，而且通常不超過一天左右。不要擔心，只要和您的協調員談談，他們會幫助確保您目前的一切都保持在那裡，直到施工完成。可能導致延誤的不可預見的問題是：設備和大樓之間的管道問題（可能是排水問題）或電氣問題。有時佈線是在圖紙上沒有顯示的地方，反之亦然，特別



是多年來可能歷盡變化的老建築。這些都是正常的施工問題，我們的 TCHC 工作人員知道如何解決這些問題，並定期這樣做。別擔心，他們會確保它對您來說既正確又安全。

施工現在已經完成了！該回家了



**12**

## 步驟 12-是時候回家了！

有人告訴您，現在工程已經完成，是時候搬回家了。在許多情況下，一想到此次改造將使您的生活更愜意安全，您就會激動不已。搬回家的過程和您搬進臨時單元的過程完全相同，只是您沒有臨時租約要簽。這一次，您可以期待您的協調員參加，將您的單元交還給您。有時施工人員甚至在您的單元觀察您如何喜歡他們的工作。

協調員會指導您檢查單元的所有變化，並確保它們滿足您的醫療需求。

您必須向協調員指出任何可能不令人滿意的事情，並解釋原因。有時只需要一些無法預見的小調整。它們將被改正，您的單元改造現已完成。

您的協調員將有文件讓您簽署，改造已完成，您搬回自己的單元。



**13**

## 步驟 13-今年的預算已用完

您被告知，今年的無障礙預算用完了，現在又會發生什麼事呢？

協調員會聯繫您，並告知您，您的單元改造列在等待資金分配的清單上。當他每年預計資金可用時會告訴您。當資金到位時，您的單元改造將按本指南概述的常規過程進行。



## 步驟 14：無障礙永久搬遷

您的協調員已確定您的單元沒有足夠的空間來進行改造，以滿足您的醫療需求。這意味著您需要永久搬遷，要搬到另一單元。協調員將要求您確定您希望居住的 TSHC 內的區域。那您也將有機會列出您喜愛的大樓。永遠記住：您不會被轉移到任何您不同意去的建築。您的協調員會把您列入永久的搬遷等候名單。您列出的每個大樓都有自己的等待名單。這意味著您可以在一棟大樓的名單上排名第一，但在另一棟大樓的名單上排名第四。永久搬遷的等待時間是未知的，且基於可住單元的數量。

TSHC 目前無障礙單元數量有限。儘管越來越多的單元一直在被改造，但由於人口老齡化，申請的數量也在增加。您搬遷另一個因素是您可能要求的臥室數量。臥室的數量越多，就越難找到一個能滿足您需求的單元。

由於家庭成員多而需要更大的單元時，工作人員有時會找到一個可以改造的單元，以滿足您可能需要的臥室數量。協調員接著會確認您想住在可住的大樓，並要求您提供書面意向書，在單元改造後接受該單元。錢將用於按您或您的家庭的需要進行改造，但 TSHC 和 TCHC 需將單元分配給租戶，以便對所花費的錢負責。

## 最後的注意事項:

隨著立法和或 TCHC 要求可能發生變化，此過程也可能發生變化。

R-PATH 將根據需要為 TCHC 和 TSHC 監督處理今後的更新。



## 有關您的單元改造的重要信息

多倫多社區住房公司（TCHC）期待著幫助使您的單元更方便您使用。我們希望您在家感到舒適，這樣您就可以呆在您的社區裡。

負責您的項目的 TCH 無障礙計劃協調員的名字是

\_\_\_\_\_。

您聯繫他們的電話號碼是\_\_\_\_\_或發郵件至

\_\_\_\_\_ 在辦公時間。

您單元改造的的預計開工時間為\_\_\_\_\_。請注意，此日期可能會更改。和任何施工項目一樣，有時也會發生延誤。您的協調員將在預計開始日期前一周（7 個日曆天）給您最新信息，以確認或通知您更改。

**如果單元小改造時您留在您的單元內，TSHC 現場工作人員可能會幫助您移走您的物品，遠離施工。如果他們不能幫助您，請與您的協調員討論您的需求。如果您在施工期間住在您的單元，您也將被要求籤署一份豁免書。**

**如果您在施工期間要搬到另一個單元，TCHC 將安排重要的家具和物品搬至臨時單元。如果您需要幫助打包，請通知您的協調員，以便他們可以安排有人來幫助您。您也將得到幫助，以搬回您的單元。**

如果您接受家庭護理，請注意，臨時搬遷不會意味著您失去您的服務。事實上，您的服務可以和您一起遷到您的臨時住所。請聯繫您的服務提供商和社會工作者，以便進行安排。

施工會在您的生活中造成一些混亂，但 TCHC 和 TSHC 將努力使這個過程盡可能輕鬆無憂。

## 無障礙醫療調查問卷

租戶：

無障礙計劃住宿申請是一項要求提交醫療信息使申請得到批准並確保滿足您的所有醫療住宿需求的計劃。它提供了批准或拒絕您的住宿申請的信息。

以下醫療問卷是幫助無障礙計劃確定兩件事的文件： 1)如果您的要求基於您的醫療需求； 2)您的醫療需求在您的家中安全實用。

此文件必須由您的持照醫療保健專業人士填寫。

一旦完成填寫，請提交給您社區的老年服務協調員。建議您保留複印件，供自己保存。如果您沒有辦法製作副本，請您的調員高級服務協調員給您一份副本。也要求他們在將副本還給您之前在上面蓋章。

本文件是您對醫療要求的無障礙住宿的正式申請。在您提交填寫的醫療問卷後不久，將以書面形式聯繫您，告知您的批准狀態。此表格並不保證您將被批准。

### 住宿無障礙申請

如果您目前是多多倫多老人住房公司租戶，需要一個可訪問的單元、單元修改或其他基於人權法規確定的需要的住宿，請讓在加拿大執業的合格醫生填寫此表格。

雖然有些申請可能會導致搬遷到另一個多多倫多老年人住房公司單元，但多倫多老年人住房公司在考慮搬遷之前，總是會嘗試合理地滿足當前單元

的需求。

如果您需要另一種格式或其他語言的此信息，請聯繫。租戶支持中心電話是416-945-0800。

**對有持照醫療保健專業人員及其患者的重要提示：**

- 使用滑板車或助行器並不一定使病人有資格獲得一個改裝的單元或搬到另一個單元。
- **改造的單元**根據個人需求提供不同程度的改造和無障礙服務。

## 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) _____		<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<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):

GP/Family Physician

Allergist/Immunologist

Cardiologist

Dermatologist

Neurologist

Occupational Therapist

Oncologist

Ophthalmologist

Psychiatrist

Pulmonologist

Clinical Psychologist

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)

編寫與開發機構：



## **R-PATH 委員會**

(在多倫多住房中負責個人無障礙設施)

合作方：

多倫多社區住房公司管理與工作人員

---

您可以下列方式聯繫 R-PATH 委員會：

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

---

您可通過您的老年人服務協調員聯繫

無障礙計劃

或聯繫租戶支持中心，電話：416-945-0800