



장애인 편의성은 여러분을 위한 것입니다!

장애인편의성 프로그램(Accessibility Program) 안내서

Toronto Seniors Housing

제 1 권 고령자판-2022

머리말

이 안내서는 세입자 친화적이고 투명하도록 하기 위하여 장애인 세입자 위원회로서 장애인을 옹호하는 R-PATH Committee 가 개발하고 쓴 것입니다. 절차상의 정확성을 기하기 위하여 Toronto Seniors Housing Corporation(TSHC) 및 Toronto Community Housing Corporation(TCHC) 경영진 및 직원과의 공조를 통하여 개발되었습니다.

Toronto Seniors Housing 은 장애인 세입자에게 장애인 편의를 제공하기 위하여 최선을 다하고 있습니다. 이 안내서는 세입자가 장애인 편의 아파트 개조를 신청하여 개조가 이행될 수 있도록 하기 위하여 세입자가 무엇을 어떻게 해야 하는지 안내합니다.

이 안내서는 직원이 여러분의 장애인 편의 아파트 개조 신청을 이행하기 위하여 취할 절차의 예상 소요 시간과 내용을 알려드립니다. 개조 작업은 개별적인 개조 신청만큼이나 다양하지만, 절차상의 여러 단계가 동일합니다. 이 안내서는 용어 및 약어 사전, 각종 서식, 장애인편의성 프로그램 아파트 개조(Accessibility Program Unit Modification) 절차의 이해하기 쉬운 단계별 설명 등을 제공합니다.

몇몇 경우에는 해당 세입자가 현재 살고 있는 아파트를 필요에 따라 개조하는 데 공간이 불충분하여 다른 아파트 건물로 이사해야 할 수도 있습니다. 이 절차도 이 안내서에 설명되어 있습니다. 이 프로그램은 세입자의 의학적 장애인 편의성 필요를 바탕으로 시행됩니다.

이 안내서는 아파트 개조 신청 상황을 추적하는 것을 도와줍니다.

이 안내서의 목표는 세입자가 절차를 알도록 하고, 개조를 신청하는 세입자들에게 모든 정보가 일관성 있게 전달되도록 하는 것입니다. 이 안내서는 다른 형식 및 언어로도 제공됩니다.

세입자지원센터(Tenant Support Centre) 연락처:
support@torontoseniorshousing.ca 또는 전화 416-945-0800

목차

머리말	2
용어 사전	3
1 단계- 안내서를 잘 읽어보십시오	5
2 단계- 세입자의 의학적 설문지 제출에 의한 개조 신청	5
3 단계- 의학적 설문지 및 동의서 제출하기	6
4 단계- 장애인편의성 프로그램 코디네이터를 만나십시오	6
5 단계- 장애인편의성 프로그램 코디네이터 가정 방문	7
6 단계- 장애인편의성 담당 시설 프로그램 관리자 또는 시설 프로그램 감독관	10
7 단계- 건축사 방문	11
8 단계- 공사 날짜 및 임시 이전	12
9 단계- 아파트 공사 중의 임시 이전	13
10 단계- 이사 나가는 날입니다!	15
11 단계- 공사	16
12 단계- 집에 갈 때입니다!	17
13 단계- 올해 예산이 바닥났을 경우	17
14 단계- 장애인 편의 영구 이전	18
장애인편의성 의학적 설문지(Accessibility Medical Questionnaire)	22
저자 및 개발자:	23

용어 사전

F.M.: 시설관리부(Facilities Management)

코디네이터: 장애인편의성 프로그램 코디네이터(Accessibility Program Coordinator)

장애인편의성 담당 시설프로그램관리자(Facilities Program Manager-Accessibility - FPMA): 아파트 개조 공사의 시행을 담당하는 시설관리부 직원으로서 건축사 및 공사 팀과 협력합니다. 이 직원은 시설프로그램감독관(Facilities Program Supervisor)에게 프로젝트를 배정할 수 있습니다.

시설프로그램감독관(FPS): 아파트 개조 공사를 담당하는 시설관리부 직원으로서 FPMA, 건축사 및 공사 팀과 협력합니다. 장애인편의성 담당 시설프로그램관리자가 시설프로그램감독관에게 프로젝트를 배정합니다.

포트폴리오: 모든 TSHC 관할 건물의 목록. 토론토시 전체일 수도 있고, 동북부, 서북부, 동남부 또는 서남부 포트폴리오 등으로 지역별로 분류될 수도 있습니다.

조달: 공급자 채택 또는 제품 구매에 사용되는 절차. 이사회 승인을 받은 절차입니다.

S.S.C.: 고령자서비스코디네이터(Seniors Services Coordinator)

입찰: 모든 공급자가 공정한 대우를 받도록 하는, 건축사 및 공사 팀 채택에 사용되는 절차.

티켓 번호: 신청서를 제출할 때 발급되는 조회 번호입니다. 보수 요청 전화를 할 때 사용되는 조회 번호와 같은 종류의 번호입니다. 신청 상황을 추적할 때 사용합니다. 이 번호를 잘 기록해 두십시오.

아파트 개조: 안전 손잡이를 다는 등의 작업보다 복잡한, 아파트에 물리적 변형을 가하는 공사를 말합니다. 안전 손잡이는 해당 아파트 건물의 담당 직원을 통해서만 처리됩니다.

공급자: 재화 또는 용역을 공급하도록 고용되는 단체 또는 회사.

1

1 단계- 안내서를 잘 읽어보십시오

여러분은 여러분 아파트가 여러분의 의학적 필요를 수용할 수 있도록 개조할 필요가 있다고 결정했습니다. 여러분은 담당 고령자서비스코디네이터(SSC) 또는 장애인편의성프로그램으로부터 직접 이 안내서를 받았습니다. 여러분의 첫 번째 단계는 앞으로의 진행 절차가 어떻게 되는지 정확히 알 수 있도록 이 안내서를 잘 읽어보는 것입니다.



2

2 단계- 세입자의 의학적 설문지 제출에 의한 개조 신청

이 안내서에 들어 있는 의학적 설문지(Medical Questionnaire Form) 및 동의서(Consent Form)를 찾으십시오. 이 문서를 현재의 보건의료 서비스 제공자에게 가져가야 합니다. 인정되는 보건의료 서비스 제공자의 명단이 이 서식에 적혀 있습니다. 보건의료 서비스 제공자에게 이 서식을 작성해달라고 하여 담당 고령자서비스코디네이터(SSC)에게 제출하십시오. 여러분의 담당 SSC는 여러분의 공동체에 있습니다. 작성된 의학적 설문지의 보관용 사본을 만드십시오. SSC에게 보관용 사본에 날짜 스탬프를 찍고, 여러분의 개조 신청에 배정된 티켓 번호도 써서 서명해달라고 하십시오.



3 단계- 의학적 설문지 및 동의서 제출하기

여러분의 담당 SSC 는 의학적 설문지 및 동의서가 잘 작성되고 서명되었는지 확인합니다. 잘 작성되고 서명되었을 경우, SSC 는 5 영업일 이내에 장애인편의성프로그램코디네이터에게 여러분의 신청서를 보냅니다. 신청서가 불완전할 경우, SSC 는 문서가 보완될 때까지 장애인편의성프로그램코디네이터에게 보낼 수 없습니다. TCHC 는 여러분 아파트의 개조에 대한 책임이 있기 때문에, 동의서는 Toronto Seniors Housing 이 여러분의 의학적 설문지를 TCHC 의 장애인편의성프로그램 담당자와 공유할 수 있게 해줍니다.



4 단계- 장애인편의성프로그램코디네이터를 만나십시오

여러분이 작성된 의학적 설문지를 제출한 후 15 일 이내에 장애인편의성프로그램코디네이터가 여러분에게 연락합니다. 여러분의 담당 코디네이터는 아파트 개조 공사 중의 연락처이기 때문에 매우 중요한 사람입니다. 개조 공사, 또는 필요할 경우 이전 과정에서 여러분의 모든 필요와 관련하여 도와줍니다. 개조 또는 이전이 여러분 아파트의 장애인

편의성 필요를 모두 충족해주도록 하기 위해, 코디네이터는 여러분으로부터 추가적 정보를 얻을 목적으로 여러분 집을 방문해야 할 때 미리 연락하여 약속을 잡습니다. 이 방문은 여러분의 일정에 가장 잘 맞고 코디네이터가 올 수 있는 일시로 예정입니다.

코디네이터와의 면담을 기다리면서 여러분 아파트에서 하기 어려운 여러 가지 일상생활 기능을 목록으로 만드십시오. 이 목록은 코디네이터가 여러분의 필요를 평가하는 데 유용합니다.

목록은 다음과 같을 수 있습니다(이것은 한 예일 뿐입니다):

- 욕조에 들어갈 수가 없다 – 넘어질까봐 두려움
- 변기가 너무 낮다 – 높은 변기, 또는 변기 옆에 안전 손잡이 필요
- 싱크대 밑에 무릎이 들어갈 공간이 없다 – 휠체어를 탈 수 없음
- 냉장고의 냉동실에 손이 닿지 않는다
- 부엌 찬장에 손이 닿지 않는다
- 사용 중인 모든 의료 기구의 목록
- 아파트 내의 전기 콘센트에 손이 닿는지 확인하십시오



5 단계- 장애인편의성프로그램코디네이터 가정 방문

코디네이터는 여러분의 필요를 정확히 파악하고, 현재의 아파트가 여러분의 필요에 따라 개조하기에 공간이 충분한지 평가하거나, 다른 아파트 또는 다른 아파트 건물로 이사해야 한다고 알리기 위해 여러분 아파트를 방문합니다. 코디네이터는 여러분과 함께 개조 신청을 검토하며, 여러분이 하기 어려운 일상생활 활동의 목록도 검토합니다. 몇몇 기능은 왜 하기가 어려운지, 현재 어떻게 하고 있는지 보여달라고 할 수도 있습니다.

코디네이터는 여러분의 현재 공간에서 안전 요소와 가능성을 찾습니다. 여러분이 안전하게 생활하는 데 필요한 모든 도움을 받을 수 있도록 하기 위해 조사하는 것이므로 걱정하거나 불안해 할 필요 없습니다.

여러분이 임시로 이사해야 한다고 판단될 경우, 코디네이터는 이때의 방문 중에 여러분에게 알립니다. 영구적으로 이사해야 한다고 하더라도 놀랄 필요는 없습니다. 이전 절차가 끝날 때까지 코디네이터가 도와주며, 여러분이 동의하지 않는 곳으로는 이사하지 않습니다. 여러분은 이사가고 싶은 TSHC 건물 또는 지역을 지정할 기회가 주어집니다. 이사가고자 하는 곳을 선택할 때 신중하게 생각하십시오. 이사가고 싶은 곳의 목록에 들어 있는 아파트 건물이지만 현재 빈 집이 없을 경우가 많습니다. 이럴 경우, 코디네이터는 여러분을 장애인 편의 대기자 명단에 올립니다. 이사가고자 하는 TSHC 관할 지역이 클수록 더 빨리 이사갈 수 있다는 것을 기억하십시오. 그리고 침실 수가 많을수록 대기 시간이 더 길어질 수 있다는 것도 참고하십시오. Toronto Seniors Housing 은 휠체어이동성 아파트가 많지 않으며, 특히 1 침실 아파트는 더욱 부족합니다. 침실이 2개 이상 필요한 가구는 흔히 대기 시간이 깁니다. 코디네이터는 포트폴리오를 지속적으로 모니터링하면서 여러분이 선택한 지역에서 여러분의 필요를 충족해줄 아파트를 찾습니다.

- 여러분의 선호 목록에 있는 지역에 아파트가 날 경우, 코디네이터가 여러분에게 해당 아파트를 보여주기 위해 연락합니다. 본 아파트가 마음에 들 경우, 코디네이터에게 알리면 코디네이터가 이전 절차 및 서류 작업을 진행합니다. 여러분의 이전은 담당 코디네이터가 시행하며, **모든 비용은 TCHC 가 부담합니다.**
- 본 아파트가 여러분의 필요를 충족하지 못할 경우, 코디네이터에게 연락하여 이유를 설명하십시오.
- 가깝지만 여러분의 선호 목록에는 없는 아파트 건물에 빈 집이 났을 경우, 코디네이터가 여러분에게 연락할 수 있습니다. 여러분이 의무적으로 이 아파트를 가서 보아야 하는 것은 아니며, 이것은 정식 제의로 간주되지 않습니다.

- 여러분의 의학적 장애인 편의성 필요를 충족해주는 **아파트 개조가 가능할 경우**, 코디네이터가 필요한 개조 작업의 목록을 만듭니다. 이것을 ‘공사 범위’라고 합니다. 그런 다음 앞으로 공사가 어떻게 진행될지, 언제쯤 시작될지 곧 다시 연락하여 알려주겠다고 합니다. 거의 모든 아파트 개조에서 공사 중에는 세입자가 다른 아파트로 임시 이사해야 합니다. **현재의 아파트를 잃는 일은 없습니다.** 현재의 아파트에서 임시 아파트로의 이전과 현재의 아파트로의 복귀는 코디네이터가 시행하며, 이사 비용 및 전화케이블인터넷 이전 비용은 TCH가 부담하며, 여러분은 통상적인 수도광열비 및 월세만 내면 됩니다.

코디네이터는 이 안내서의 중요 정보(Important Information) 서식을 작성하여, 필요할 때 여러분이 쉽게 찾아 확인할 수 있도록 여러분이 선택하는 곳에 비치합니다.

여러분이 며칠 기다리는 동안 TCH에서는 다음과 같은 일이 진행됩니다:

- 담당 코디네이터가 시설관리부(FM)에 연락하여 여러분의 파일을 발송합니다. 시설관리부(FM)는 모든 Toronto Community Housing 소유 건물을 관리하는 부서로서 여러분 아파트의 개조의 설계 및 공사를 관리합니다.

여러분 아파트의 개조는 소규모 개조로 분류될 수 있습니다(자동 출입문 개폐기로 문간을 넓히는 공사 등).

대규모 개조일 수도 있습니다. 여기에는 복도, 침실, 출입문, 욕실, 부엌, 거실 등이 포함될 수 있습니다. 욕실 공사의 경우, TCH는 워크인 욕조를 설치하지는 않지만 내장형 벤치가 있는 워크인롤인 샤워실은 설치합니다.

시설관리부는 TCHC 이사회에서 승인된 해당 연도 예산을 관리하며, 예산에서 승인된 기준에 따라 예산이 할당되는 방식도 관리합니다. 해마다 TCHC 이사회는 장애인 편의성을 위한 특정 액수의 예산을 승인합니다. 장애인 편의성 예산에는 계획시설자본(공용 구역), 내장형, 주문형 등 여러 부분이 있습니다.

- 계획시설자본(공용 구역)은 로비, 세탁실, 공동체실, 장애인친화적 주차장, 인터콤 등의 구역을 말합니다.
- 내장형은 아파트 개조와 관련된 것입니다.
- 주문형은 손상으로 인하여 공용 공간에 보수가 필요할 경우에 해당합니다.

이것은 여러분 아파트 개조에 필요한 자금이 당해 연도 예산에 충분히 있는지 결정하므로 여러분에게 중요한 문제입니다.

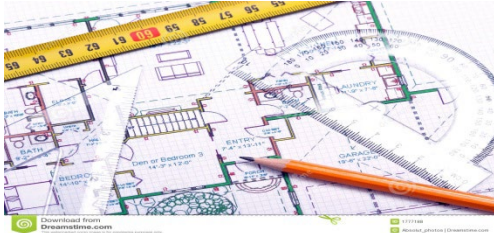


6 단계- 장애인편의성 담당 시설프로그램관리자 또는 시설프로그램감독관

그 다음에는 모든 프로젝트를 관리하거나 시설프로젝트감독관(Facilities Project Supervisor - FPS)에게 프로젝트를 배정하여 프로젝트를 감독하게 하는 장애인편의성 담당 시설프로그램관리자(FPMA)가 파일이 접수되면 담당 코디네이터에게 연락하며, 담당 코디네이터는 2차 가정 방문 약속을 잡습니다. FPMA 또는 FPS 는 여러분 아파트 개조의 공사 부분을 담당합니다. 여러분은 이번에는 FPMA 또는 FPS 를 만나게 됩니다. FPMA 또는 FPS 는 공사 범위를 다시 확인하고 더 구체적인 지시 사항을 추가합니다. 이것이 마지막 가정 방문은 아닙니다. 몇 주 후에 다시 연락이 옵니다. FPMA 또는 FPS 는 여러분 아파트 개조 공사의 금액을 추산하고, 개조 공사에 필요한 자금이 당해 연도 예산에 충분히 있는지 확인합니다. 당해 연도 예산에 충분한 자금이 없을 경우, 이 절차의 13 단계로 넘어갑니다. 충분한 자금이 있을 경우에는 다음과 같이 절차가 계속됩니다:

이 시점에서 TCHC 내에서는 많은 일이 벌어집니다.

- 예상 개조 공사 비용에 따라 여러 단계의 승인이 필요합니다. 필요한 승인을 받는 데 며칠 걸릴 수 있습니다. 총액 할당에 대한 승인이 필요합니다.
- FPMA 는 새로운 공사가 진행될 준비가 되었다고 설계&엔지니어링팀(D&E)에 통지합니다.
- 설계&엔지니어링팀(D&E)은 여러분 아파트 개조 공사에 필요한 도면을 만들 건축사를 고용하기 위한 서류 작업을 합니다. 이 팀은 조달(고용) 절차를 거치며, 이 절차는 몇 주 걸릴 수 있습니다.



7 단계- 건축사 방문

다음번 연락은 건축사가 고용되었을 때 옵니다. 담당 코디네이터 및또는 FPMA 또는 FPS 가 또다시 가정 방문을 하기 위해 여러분에게 연락합니다. 이번에는 건축사가 와서 측정 작업을 하는데, 이때 집에 계시는 것이 바람직합니다. 건축사가 여러분의 필요에 따라 기능과 관련된 질문을 할 때 곧바로 대답해줄 수 있기 때문입니다.

이제 여러분이 할 일은 공사 중에 임시로 이사할 때 어떤 물품을 가져갈지 결정하는 것입니다. 여러분과 함께 옮겨졌다가 집에 돌아오면 다시 원래대로 재개할 여러 가지 서비스의 목록도 만드십시오. 예를 들면 집 전화, 인터넷, 케이블, 생활 보조 서비스 등입니다. 이사갈 때가 되었을 때 이사와 관련하여 도움이 필요한 부분이 있을 경우, 담당 코디네이터가 도와드립니다.

다음 몇 주 동안 건축사는 설계도를 만들어서 TCHC 의 승인을 받기 위해 제출합니다. 건축사의 설계가 TCHC 기준 및 여러분의 필요에 부합되도록 하기 위한 것입니다. 설계도가 완성되어 TCHC 가 승인할 때까지는 공사 팀을 고용할 수 없습니다. 설계도가 승인되면 D&E 가 시공사 또는 공사 팀의 조달에 필요한 서류를 작성합니다. 시공사가 채택되면 D&E 는 담당 FPMA 또는 FPS 에게 통지하고, 공사가 시작될 수 있도록 관련 서류 및 도면을 전달합니다.



8 단계- 공사 날짜 및 임시 이전

담당 FPMA 가 시공사와 상의하여, 언제 공사 팀이 투입되어 여러분 아파트의 공사를 시작할 수 있는지 확인합니다. 날짜가 잡히면 FPMA 는 담당 코디네이터에게 공사 일정을 알려줍니다.

담당 코디네이터는 공사 중의 임시 이사를 수용할 수 있는 아파트가 어디 있는지 알아봅니다. 가까운 곳이 아닐 경우가 많다는 것에 주의하십시오. 잠시 다른 공동체로 출타한다고 생각하십시오. 코디네이터는 여러분에게 공사 일정을 알려주고, 가능성이 큰 임시 이사에 관해서도 알려줍니다. 또한, 개조 공사의 규모에 따라 공사 중에 잠시 임시로 이사가게 될 곳에 여러분을 데려가서 둘러보게 합니다.



9

9 단계- 아파트 공사 중의 임시 이전

여러분의 다음 단계는 담당 코디네이터가 여러분의 방문을 주선한 아파트를 방문하는 것입니다. 완벽한 아파트가 아닐 수 있지만 잠시 동안만 지낼 곳을 잊지 마십시오. 제외된 아파트를 모두 거부할 경우, 개조 공사가 지연될 수 있습니다. 제외된 아파트 중 하나를 선택하는 것이 중요하기는 하지만, 현재 상태에서 현재의 아파트보다 덜 안전한 아파트는 수락하지 마십시오. 필요할 경우, TCHC 는 여러분의 아파트 개조가 예정대로 진행되도록 하기 위해 다른 기관의 지원을 얻어 비록 임시지만 여러분의 필요에 적합한 아파트를 찾습니다. 현재의 아파트보다 덜 안전하기 때문에 제외된 모든 아파트를 거부할 경우, 담당 코디네이터는 적합한 아파트를 계속 물색합니다. 제외된 아파트를 선택하지 않는 이유를 코디네이터에게 설명하거나 어떤 아파트라면 수락하겠다고 이야기해주는 것이 매우 중요합니다.

공사가 진행되는 동안 현재의 아파트에 계속 살고자 할 경우, 면책서에 서명해야 합니다. 현재의 아파트에 계속 사는 것에 대한 허락은 개조 공사의 종류에 따라 결정됩니다.

임시로 이사갈 아파트를 선택했을 경우, 담당 코디네이터는 여러분의 서명이 필요한 임시보호소동의서를 작성합니다. 이것은 비상 상황 등의 여러 가지 이유로 반드시 거쳐야 하는 절차입니다. TSHC 는 모든 아파트 건물의 현재 세입자 명단을 보유해야 합니다. 이 임시 이전은 걱정할 일이 아닙니다. 개조 공사가 완료되는 즉시 여러분 아파트로 돌아가기 때문입니다.

담당 코디네이터는 여러분이 계획을 세울 수 있도록 여러분과 함께 이사 업체 사용 일정을 잡으며, 여러분의 중요정보서(Important Information Sheet)에 이 정보를 기록합니다. 심호흡을 한 번 하십시오. 이사는 스트레스를 주는 일이지는 하지만 여러분의 담당 코디네이터가 이사를 최대한 손쉽게 만들어줍니다. 짐 싸는 데 도움이 필요하면 코디네이터에게 말하십시오. 이사와 관련하여 코디네이터가 해줄 수 있는 일의 일부일 수 있습니다.

코디네이터는 여러분 아파트의 개조를 담당하고 있는 FPMA 또는 FPS 에게 연락하여 가능한 이사 날짜를 알려줍니다. 이에 따라 FM 의 담당자는 여러분 아파트가 언제 공사를 시작할 준비가 되는지 알 수 있습니다. FM 은 시공사, 건축사 및 여러분의 담당 코디네이터와의 공사 전 회의 일정을 잡습니다. 이 회의에서 여러분은 딱히 할 일이 없습니다. TSHC 및 직원 및 공급자만 할 일이 있습니다. 이들은 아파트 개조 계획을 검토하고 기한을 확인합니다.

여러분은 예정된 날짜에 이사할 준비가 되어야 합니다. 일단 현재의 아파트에서 나가면 안전상의 이유로 공사 중에는 돌아올 수 없습니다.

이사일 처음 24 시간 동안 복용할 약을 반드시 소지하십시오. 이사할 때는 무슨 물건이 어디 있는지 찾기가 결코 쉽지 않기 때문입니다. 평소에 먹는 약을 지니고 있으면 걱정과 스트레스를 덜 수 있습니다.

평소에 도우미의 간병을 받을 경우에도 걱정할 필요 없습니다. 이사가는 곳에서도 계속 간병을 받을 수 있도록 담당 코디네이터와 함께 미리 주선해놓았을 것입니다.

휴대폰이 있을 경우, 휴대폰을 소지하십시오. 충전기를 짐 속에 넣지 마십시오. 이사 첫날 밤에 필요할 수 있으므로 가지고 다니십시오.

또한, 이사일에 담당 코디네이터의 전화번호도 가지고 계십시오.



10

10 단계- 이사 나가는 날입니다!

이사일은 매우 바쁜 날이며 스트레스를 유발할 수 있습니다. 이사 업체와 관련된 모든 일은 여러분의 담당 코디네이터가 처리했습니다. 여러분은 이사 업체가 여러분의 물품을 가지고 도착할 때쯤 임시 아파트에 가기만 하면 됩니다. 그래야 이사 업체에 여러분의 물품을 어디에 놓을지 정확히 말해줄 수 있습니다.

가족이나 친구들이 와서 집을 풀고 여러분이 이용하는 각종 서비스가 지속되도록 하는 일을 도와줄 수도 있습니다.

짐 푸는 것을 도와줄 가족이나 친구가 없더라도 걱정할 필요 없습니다. 담당 코디네이터와 이미 의논했듯이, 이사를 도와줄 사람을 코디네이터가 이미 주선해 놓았기 때문입니다.

일단 임시 아파트에 들어가고 나면 개조 공사가 끝나서 코디네이터가 여러분에게 연락할 때까지는 여러분은 더 이상 할 일이 없습니다. 언제 원래의 집으로 돌아가게 되는지 이미 알게 됩니다. 이제는 돌아가는 날까지 통상적인 일상생활을 하십시오.

임시 아파트와 관련된 문제는 담당 코디네이터와 상의해야 합니다.



11

11 단계- 공사

공사는 공사 전 회의로 시작됩니다. 담당 FPMA 또는 FPS가 실제 아파트 개조 공사를 관리합니다. 공사에는 항상 예기치 못한 작은 문제들이 따르게 마련입니다. 여러분으로서는 이런 문제들에 관해 알고 싶을 수도 있고 알고 싶지 않을 수도 있습니다. 알고 싶더라도 걱정할 필요는 없습니다. TCHC 직원이 항상 이런 공사 관련 문제를 처리합니다. 어떤 것에 대한 여러분의 개인적 선호를 확인할 필요가 있을 경우에만 여러분에게 연락할 수 있습니다.

원래의 집으로 돌아가는 일정을 변경시키는 지연이 발생할 경우, 담당 코디네이터가 여러분에게 알려줍니다. 이런 문제는 때때로 일어날 수 있으며 실제로 일어납니다. 하지만 일반적으로 하루 이틀 정도의 지연에 불과합니다. 그러니 걱정하지 마시고 담당 코디네이터와 상의하십시오. 공사가 완료될 때까지 여러분이 현재 가지고 있는 모든 것이 제자리에 있도록 해줄 것입니다. 지연을 일으킬 수 있는 예기치 못한 문제는 다음과 같습니다: 아파트와 건물 사이의 배관 문제(배수 문제일 수 있음), 전기 문제. 때로 도면에 표시되지 않은 곳에 배선이 있거나 도면에는 표시되어 있는데 실제로는 배선이 없을 수도 있습니다. 오랜 세월 동안 여러 번 변화를 겪은, 더 오래된 아파트 건물에서는 더욱더 그렇습니다. 이는 정상적인 공사 문제이며, TCHC 직원은 이런 문제를 해결하는 법을 알며 실제로도 일상적으로 해결합니다. 걱정하지 마십시오, 여러분에게 적합하고 안전한 아파트가 되도록 할 것입니다.

이제 공사가 끝났습니다! 집에 갈 때입니다!



12

12 단계- 집에 갈 때입니다!

이제 공사가 완료되었고 집에 돌아갈 때가 되었다는 통지를 받았을 것입니다. 이 아파트 개조가 여러 경우에 여러분의 삶을 더 편안하고 안전하게 만들어줄 것임을 알고 설레도 좋습니다. 집으로 돌아가는 것은 임시 아파트로 이사할 때와 똑같은 과정입니다. 다른 점은 이번에는 임시 임대차계약서에 서명하지 않는다는 것뿐입니다. 담당 코디네이터는 이번에는 여러분 아파트를 여러분에게 돌려주는 과정을 처리합니다. 공사 결과가 여러분 마음에 드는지 확인하기 위해 공사 팀이 여러분 아파트에서 기다리고 있는 경우도 있습니다.

담당 코디네이터는 여러분 아파트에 이루어진 모든 개조를 여러분에게 보여주면서 여러분의 의학적 필요에 부합되는지 확인합니다.

만족스럽지 않은 부분이 있을 경우, 코디네이터에게 말하고 그 이유를 설명해야 합니다. 예기치 못한 약간의 조정 작업이 필요할 경우도 있습니다. 이런 문제는 곧바로 처리되며, 이제 아파트 개조가 완료되었습니다.

개조 공사가 완료되었고 여러분이 집으로 돌아왔음을 확인하는 서류를 담당 코디네이터가 가져와 서명하라고 할 것입니다.



13

13 단계- 올해 예산이 바닥났을 경우

올해 장애인 편의성 예산(Accessibility Budget)이 바닥났다는 통지가 여러분에게 왔습니다. 그럼 이제 어떻게 될까요?

여러분 아파트의 개조 공사가 예산 문제 때문에 대기자 명단에 올려져 있다고 담당 코디네이터가 알려줄 것입니다. 자금이 확보될 **예상** 시기도 알려줍니다. 자금이 확보되면 이 안내서에 기술된 통상적인 절차에 따라 개조 공사가 진행됩니다.



14

14 단계- 장애인 편의 영구 이전

여러분의 현재 아파트가 여러분의 의학적 필요를 충족하도록 개조하기에 공간이 부족하다고 담당 코디네이터가 판단했습니다. 이런 경우에는 다른 아파트로 영구적으로 이사해야 합니다. 담당 코디네이터가 여러분에게 어느 TSHC 관할 지역에 살고 싶은지 물을 것입니다. 여러분이 선호하는 특정 아파트 건물을 지정할 기회도 주어집니다. 항상 기억하십시오: **여러분이 동의하지 않는 아파트 건물로 이전하는 일은 절대로 없습니다.** 담당 코디네이터가 여러분을 영구 이전 대기자 명단에 올립니다. 여러분이 지정하는 아파트 건물마다 자체적인 대기자 명단이 있습니다. 즉, 어떤 아파트 건물의 대기자 명단에서는 1 순위이고 또 어떤 아파트 건물의 대기자 명단에서는 4 순위일 수 있습니다. 영구 이전 대기 시간은 알려져 있지 않으며 가용성에 따라 결정됩니다.

현재 TSHC 는 장애인친화적 아파트 수가 제한되어 있습니다. 항상 더 많은 아파트를 개조하지만, 인구 노령화로 인하여 신청자 수가 증가하고 있습니다. 아파트 이전의 또 다른 요인은 여러분이 신청하는 침실수입니다. 침실수가 많을수록 여러분의 필요에 적합한 아파트를 찾기가 더 어렵습니다.

가족수 때문에 더 큰 아파트가 필요할 경우, 필요한 침실수를 충족하도록 개조할 수 있는 아파트를 담당 직원이 찾아줄 수도 있습니다. 이런 경우에는 담당 코디네이터가 여러분이 그 아파트에 살고 싶은지 확인한 다음, 개조 후 해당 아파트를 수락하겠다는 의향서를 제출하라고 합니다. 여러분 본인 또는 가족의 필요를 충족하도록 아파트를 개조하는 데 돈이 쓰이지만, TSHC 및 TCHC 는 돈이 드는 것에 대한 책임을 지는 세입자에게 해당 아파트를 합니다.

마지막으로 덧붙이는 말:

관련 법규 및또는 TCHC 요건이 바뀔 수 있으므로 이 절차도 바뀔 수 있습니다.

R-PATH 는 필요에 따른 추후 업데이트를 위해 TCHC 및 TSHC 의 절차상 변화를 모니터링합니다.

귀댁 아파트의 개조에 관한 중요 정보

Toronto Community Housing Corporation(TCHC)는 귀하를 위하여 귀하의 아파트를 더 장애인친화적으로 만드는 것을 돕고자 합니다. 당 공사는 귀하가 계속 해당 공동체에서 지낼 수 있도록 귀하의 집에서 편안하게 생활하기를 바랍니다.

귀하의 프로젝트를 담당하고 있는 TCH 장애인편의성프로그램 코디네이터(Accessibility Program-Coordinator)의 이름은 _____입니다.

이 코디네이터에게는 근무 시간 중에 전화 _____ 또는 이메일 _____로 연락할 수 있습니다.

귀하의 아파트 개조 공사는 _____에 시작될 예정입니다. 이 날짜는 변경될 수 있다는 것에 유의하십시오. 모든 공사 프로젝트가 그렇듯이 지연이 발생할 수도 있습니다. 변경 사항이 있을 경우, 담당 코디네이터가 예상 공사 시작일로부터 1 주일(7 달력일) 전에 귀하에게 연락하여 최신 정보를 알려줄 것입니다.

소규모 개조 공사 중에 귀하의 아파트에 머무를 경우, TSHC 현장 담당자가 공사에 방해되지 않도록 귀하의 물품을 옮기는 일을 도와줄 수도 있습니다. 이 담당자가 귀하를 도와줄 수 없을 경우, 귀하의 필요에 관하여 담당 코디네이터와 상의하시기 바랍니다. 공사 중에 귀하의 아파트에 머무를 경우, 면책동의서에 서명하라는 요청도 받게 됩니다.

공사 중에 다른 아파트로 이사할 경우, TCHC 는 필수 가구 및 물품을 임시 아파트로 옮기는 일을 처리하여줍니다. 짐을 싸는데 도움이 필요할 경우, 담당 코디네이터에게 말하면 귀하를 도와줄 사람을 추천하여줄 수 있습니다. 나중에 귀하의 아파트로 돌아올 때도 도움을 받을 수 있습니다.

자택 간병을 받고 있을 경우, 임시로 다른 아파트로 이사하더라도 이용 중인 각종 서비스를 상실하게 되지 않는다는 것을 기억하십시오. 사실 귀하가

이용 중인 각종 서비스는 귀하의 임시 거처로 같이 옮겨갑니다. 이 서비스 이전과 관련하여 서비스 제공자 사례관리자와 상의하십시오.

개조 공사는 귀하의 생활에 약간의 혼란을 일으키겠지만, TCHC 및 TSHC 는 귀하에게 최대한 편안하고 원활하게 아파트 개조가 이루어지도록 최선을 다할 것입니다.

장애인편의성 의학적 설문지(Accessibility Medical Questionnaire)



세입자:

장애인편의성 프로그램(Accessibility Program) 개조 신청을 제출하여 승인을 받고 귀하의 모든 의학적 수용 필요가 충족되도록 하려면 의료 정보가 필요합니다. 이는 귀하의 개조 신청을 승인하거나 거부하는 데 필요한 정보입니다.

다음 의학적 설문지는 장애인편의성 프로그램이 다음 두 가지를 판단하는 데 도움이 되는 문서입니다: 1) 귀하의 신청이 귀하의 의학적 필요에 입각한 것인가? 2) 귀하의 집에서 안전하게, 정상 기능을 발휘하며 생활하는 데 어떤 의학적 필요가 따르나?

이 문서는 귀하의 의료를 담당하고 있는 **유면허 보건의료 전문가**가 작성해야 합니다.

작성된 설문지는 **귀 공동체의 담당 고령자서비스코디네이터 (Seniors Services Coordinator)에게 제출하십시오.** 보관용 사본을 1부 만들어 두는 것이 바람직합니다. 사본을 만들 방법이 없을 경우, 담당 고령자서비스코디네이터에게 만들어달라고 하십시오. 그리고 이 사본에 날짜 스탬프도 찍어달라고 하십시오.

이 문서는 의학적으로 필요한 장애인 편의성 개조를 위한 공식적 요청입니다. 작성된 의학적 설문지를 제출한 직후, 귀하의 승인 상황을 알려주는 서면 통지가 올 것입니다. 이 서식은 귀하가 승인될 것임을 보장하지 않습니다.

현재 Toronto Seniors Housing 세입자로서 *인권법(Human Rights Code)*에 명시된 필요에 따라 장애인친화적 아파트, 아파트 개조, 또는 기타 개조가 필요할 경우, 캐나다에서 영업할 수 있는 면허를 가진 유자격 의료인에게 이 서식을 작성하여달라고 하십시오.

몇몇 신청의 경우, 다른 Toronto Seniors Housing 아파트로 이전해야 할 수도 있지만, Toronto Seniors Housing은 이전을 고려하기에 앞서 현재의 아파트에서 문제의 필요를 합리적으로 수용하기 위하여 항상 노력합니다.

다른 형식 또는 언어로 된 이 정보가 필요할 경우, please contact the 에 문의하십시오. 세입자지원센터(Tenant Support Centre): 416-945-0800.

유면허 보건의료 전문가 및 그 환자에 대한 중요한 알림:

- 스쿠터 또는 보행기 사용은 아파트 개조 또는 다른 아파트로의 이전에 합당한 사유가 되지 않을 수도 있습니다.
- 개조된 아파트는 개별적 필요에 따라 다양한 정도의 개조 및 장애인 편의성을 제공합니다.

저자 및 개발자:

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

d.	<p>Chemicals or Scents</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>Chemicals or Scents: How long after exposure does reaction subside?</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>Chemicals or Scents: Distance from patient</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>Chemicals/Scents: 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>Environmental exposure</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>Noise</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 functional restrictions 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>Bending/twisting or repetitive movement (specify) <input type="checkbox"/></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>Limited use of hands:</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>Additional comments on abilities and/or restrictions</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):

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



The R-PATH Committee

(Responsible Personal Accessibility in Toronto Housing)

공조:

Toronto Community Housing 임직원

The R-PATH Committee 연락처:

이메일 cbirch619@msn.com, 전화 647-201-7941

장애인편의성프로그램(Accessibility Program) 연락처:
고령자서비스코디네이터(Seniors Services Coordinator)를
통해 연락할 수 있습니다

세입자지원센터(Tenant Support Centre):

416-945-0800