

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN/ADAPTACIÓN PARA PARTICIPAR EN UN PROGRAMA, SERVICIO O ACTIVIDAD (*Confidencial*)

Nombre del cliente _____ Núm. de teléfono (*Código de área*) _____

Dirección del cliente/oficina (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Para qué programa se necesita la modificación/adaptación? _____

¿Para qué actividad se necesita la modificación/adaptación? _____

¿Qué se necesita para participar? _____

PARA USO DEL DEPARTAMENTO

Firma del Departamento _____ Fecha _____

Notas:

Conforme con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y otras leyes y autoridades contra la discriminación, ADES no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.