

**ARIZONA DEPARTMENT OF  
ECONOMIC SECURITY  
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?**

---

**Vea la página 3 para leer  
la declaración de EOE/ADA**

**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.**