

SOLICITUD DE ADAPTACIÓN EFICAZ PARA PARTICIPAR EN UN PROGRAMA, SERVICIO O ACTIVIDAD (Confidencial)

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

Dirección del cliente (Núm., Calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de la oficina (Núm., Calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Programa para el cual se solicita la adaptación _____

Actividad para la cual se solicita la adaptación _____

Naturaleza de la discapacidad _____

Describa la adaptación solicitada (Métodos, habilidades o procedimiento especiales, equipo, auxiliares o servicios y/o disposición del lugar, intérprete de lenguaje de señas, etc.)

Se necesita información adicional Sí No

El cliente proporcionará la información Sí No

Si contesto "Sí", la información se proporcionará a más tardar (fecha): _____ (iniciales): _____

Si contesto "No", el cliente tiene que firmar la Autorización para Divulgar Información (DES-1059A)

DECISIÓN DEL DEPARTAMENTO

Fecha de la decisión _____	Se proporcionará una adaptación provisional mientras se espera la decisión final Firma: _____
----------------------------	--

Detalles de la adaptación _____

DECISIÓN FINAL:	Fecha de la decisión _____	Fecha inicial _____	Fecha final _____
------------------------	----------------------------	---------------------	-------------------

Firma del Departamento _____	Fecha _____
------------------------------	-------------

Detalles de la adaptación _____

CONFIRMACIÓN DEL CLIENTE

Al firmar con mis iniciales en este formulario, confirmo que se me ha informado de la decisión del Departamento con respecto a la provisión de una adaptación razonable que me permita participar en el programa(s) mencionado anteriormente.

Estoy de acuerdo con la decisión: (iniciales) _____ (fecha) _____

No estoy de acuerdo, pero acepto la decisión:(iniciales) _____ (fecha) _____

Me han proporcionado, en un formato que puedo usar, mis derechos con respecto a la adaptación razonable por discapacidades y reclamación de las decisiones del Departamento. (iniciales) _____ (fecha) _____

Distribution: Copy to Client/Customer; Copy to Division Liaison; Copy to the Client/Customer upon completion of the requested modification; Copy placed in Client/Customer's file.

Vea al reverso para las declaraciones de EOE/ADA/LEP/GINA

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el gerente de su oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. Available in English on-line or at the local office.