

# SOLICITUD DE MODIFICACIÓN EFECTIVA 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 modificación \_\_\_\_\_

Actividad para la cual se solicita la modificación \_\_\_\_\_

Naturaleza de la discapacidad \_\_\_\_\_

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

## DECISIÓN DEL DEPARTAMENTO

Firma del Departamento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Detalles de la Modificación \_\_\_\_\_

Fecha de Notificación \_\_\_\_\_

Número de Seguimiento de Certificación de Correo \_\_\_\_\_

Fecha de Confirmación de Recepción \_\_\_\_\_

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. Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office