

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ADAPTACIÓN PARA PROGRAMAS Y CLASES

Ha presentado una solicitud de adaptaciones para su programa o clase. Para ayudarnos con esta solicitud de adaptaciones, complete la siguiente información y envíela junto con su documentación de discapacidad:

Nombre _____ N.º de estudiante: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono fijo _____

Correo electrónico: _____ N.º de celular: _____ Escuela secundaria
a la que asistió _____

¿Está inscrito en MATC? _____ Programa/Clase _____

¿Qué discapacidad tiene? Nota: MATC se reserva el derecho a solicitar una certificación médica adicional de la discapacidad declarada.

Adaptaciones solicitadas:

¿Por qué necesita las adaptaciones solicitadas?

¿Necesita un intérprete de lenguaje de señas? _____ Sí _____ No

¿Tiene sordera? _____ Sí _____ No ¿Tiene problemas de audición? _____ Sí _____ No

¿Qué idioma prefiere? _____ Lenguaje de señas estadounidense (ASL)

_____ Lenguaje de señas *pidgin* (PSE) _____ Inglés por señas

Doy mi permiso al personal de Servicios de adaptación para estudiantes para analizar mi discapacidad y mis necesidades de adaptaciones educativas con el cuerpo docente, el personal, los asesores y los decanos del programa en el que estoy/que solicite y a los profesionales médicos que brindan la documentación de discapacidad a fin de determinar cuáles son las adaptaciones razonables.

Firma del solicitante

Fecha

Servicios de adaptación para estudiantes: Fecha de recepción _____ Documentación adjunta _____

Medida tomada y fecha:

03/28/14SAS.jlb