

Título IX

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ADAPTACIÓN

Ha presentado una solicitud de adaptaciones del Título IX 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 seguro social o de estudiante: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado ____ Código postal ____ Teléfono fijo _____ V o TDD

Correo electrónico _____ Teléfono celular _____ FAX _____

¿Está inscrito en MATC? _____ Programa/Clase _____

¿Cuál es la fecha de finalización esperada? Nota: MATC se reserva el derecho a solicitar una certificación médica adicional de la discapacidad declarada.

Describa su afección.

Adaptaciones solicitadas. Incluya fechas de clases, tareas y exámenes afectados:

¿Por qué necesita las adaptaciones solicitadas?

Doy mi permiso para que el personal de Servicios de Adaptación para Estudiantes analice 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: