

**Solicitud de Modificaciones Razonables, Dispositivos
y Servicios Auxiliares, o Remoción de Barreras**

Los miembros del público que deseen una modificación a un programa, norma, servicio, o instalación de la Ciudad de Chandler o que requieran dispositivos o servicios auxiliares o la eliminación de barreras para proveer una oportunidad equitativa para que un individuo con una discapacidad participe, pueden hacer dicha solicitud directamente con el departamento de la Ciudad responsable del programa, instalación o servicio involucrado o con el Coordinador ADA de la Ciudad. Una solicitud de modificación razonable, dispositivos y servicios auxiliares, o eliminación de barreras se puede hacer por carta, por correo electrónico, llamada telefónica o mediante el uso de esta forma.	
*Fecha de la Solicitud:	
*Nombre de la Parte Solicitante o del Representante Autorizado:	
*Domicilio Físico:	
*Ciudad, Estado, Código Postal:	
*Teléfono:	Teléfono Alternativo:
*Domicilio Electrónico:	
*Programa, instalación, o actividad involucrada o ubicación de la barrera:	
*Modificación/es razonable/s y/o dispositivo/s o servicio/s auxiliar/es solicitado/s:	
Mi discapacidad afecta mi capacidad de participar plenamente en el programa/la actividad de la siguiente manera (marque todo lo que sea aplicable y/o describa): <input type="checkbox"/> Movilidad <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Audición/Comunicación <input type="checkbox"/> Desarrollo/Comportamiento <input type="checkbox"/> Otra	

Por favor provea cualquier detalle que pueda ser importante para revisar esta solicitud:	
Yo entiendo que mi solicitud será revisada y que se me puede pedir que provea información adicional antes de que sea procesada. También entiendo que la Ciudad hará todo lo posible para actuar con respecto a mi solicitud antes del inicio de un programa o actividad, pero que los retrasos son posibles, particularmente cuando una solicitud se hace con menos de dos semanas de anticipación.	
*Firma:	*Fecha:

Adjunte páginas adicionales como sea necesario.

Si usted necesita ayuda, requiere un formato accesible o tiene preguntas con respecto a esta forma, contacte al Coordinador ADA, en ada.coordinator@chandleraz.gov, llamando al **480-782-3402** ó al **711 a través del Servicio de Relevo de AZ (AZRS)**.

SÓLO PARA USO INTERNO - THE FOLLOWING IS TO BE COMPLETED BY CITY STAFF	
Department: _____ E-mail: _____ Phone: _____ _____	
Request for modification/aid/service is:	<input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Denied
Name and title of person(s) making decision: _____ _____	
Description of Modification/Aid/Service Provided or Reason for Denial (attach backup or additional documentation as needed) DENIALS MUST BE SUPPORTED BY A WRITTEN RATIONALE AND APPROVED BY THE DEPARTMENT DIRECTOR OR DESIGNEE.	
Requester Notified: _____ Date: _____ By (name): _____ _____	
Via: <input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Letter <input type="checkbox"/> In Person	
Signature:	Date:

Los solicitantes con quejas sobre la decisión deben ver la Norma de Quejas ADA de la Ciudad de Chandler