



**OFICINA DE MEDICAID
JUNTA DE AUDIENCIAS
SOLICITUD DE ACOMODACIÓN RAZONABLE**

OFFICE OF MEDICAID
BOARD OF HEARINGS
100 HANCOCK STREET, 6th FLOOR
QUINCY, MA 02171
TEL.: (617) 847-1200
TDD/TTY: (800) 497-4648

INSTRUCCIONES: Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar una acomodación razonable para otorgarle mejor acceso a la Junta de Audiencias. Por favor, complete este formulario y denos la información necesaria para tramitar su solicitud. Por norma, procesamos todas las solicitudes de acomodaciones razonables dentro de los cinco días de haberlas recibido.

Fecha de solicitud:

Deseo solicitar una acomodación razonable:

Nombre:

Teléfono:

Correo electrónico:

Dirección:

(Calle)

(Ciudad)

(Estado)

(Código postal)

- Apelante Abogado o personal legal Representante del apelante Testigo
 Otra función (especifique)

Lugar o formato de la audiencia:

Fecha de la audiencia:

Nombre del caso y número de apelación:

TIPO DE ACOMODACIÓN SOLICITADA

- Acceso: acceso físico a estacionamientos, entradas, baños, elevadores o salas de audiencias
 Relacionadas al problema:

Necesito las siguientes acomodaciones razonables:

- Impreso en letra grande Lectura en audio digital Intérprete de lenguaje de señas
 CART (Traducción en tiempo real para el acceso a la comunicación) Dispositivos de escucha asistida
 Otros (por favor, especifique)

Fecha requerida de uso:

Tiempo requerido de uso:

Discapacidad que requiere una acomodación:

Firma del solicitante o de la persona que completa el formulario

Parentesco con el solicitante

.....

.....

AL MENOS DOS SEMANAS ANTES DE SU AUDIENCIA, presente este formulario al Coordinador de ADA (*ADA Coordinator*) en
Office of Medicaid Board of Hearings, 100 Hancock Street, 6th Floor, Quincy, MA 02171,
o envíelo por fax al (617) 887-8797.