Office of Medicaid Board of Hearings
100 Hancock Street, 6th Floor
Quincy, MA 02171
Tel: (617) 847-1200
TDD/TTY: (800)-497-4648

## Oficina de MedicaidJunta de Audiencias

# Solicitud de acomodación razonable

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.

BOH-RA-ES-0523