



## Protocolo de Solicitud de Acomodo

1. Entrevista con la Coordinadora de la Oficina de Servicios de Acomodo Razonable.
2. Debe entregar los siguientes documentos:
  - a. Diagnóstico reciente del médico (preferiblemente con recomendaciones específicas)
  - b. Solicitud de servicios para estudiantes con impedimentos donde se establezca la necesidad del mismo.
  - c. Hoja de Consentimiento Informado donde se autoriza que la coordinadora discuta los méritos del caso con los/las profesores/as y/o profesionales que intervienen en la prestación de servicios a estudiantes con impedimentos.
  - d. Copia del Plan Individual de Rehabilitación y Empleo (PIRE) EN CASO QUE EL/LA ESTUDIANTE RECIBA LOS SERVICIOS DEL Programa de Rehabilitación Vocacional.
  - e. Copia del Programa de clases con los nombres de los profesores
  - f. Otros documentos solicitados en caso de ser necesario:

---

Para confirmar cita, favor de comunicarse con: Kiara R. Martínez Díaz  
Asistente Administrativo III  
(787) 890-2681 Ext. 298

\*Cada documento debe ser presentado cada semestre académico en o antes de la primera semana de clases.



## Solicitud de Acomodo Razonable

Fecha: \_\_\_\_\_ Número de Estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno y Materno

Nombre

Género:  F  M Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Departamento Matriculado: \_\_\_\_\_ Año de Estudio: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección residencial: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Residencia:  familiar  vivienda independiente  hospedaje  otro \_\_\_\_\_

Persona Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido servicios de acomodo razonable anteriormente en esta institución?

Sí  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_



Fecha: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**Kiara R. Martínez Díaz**  
Asistente Administrativo III

Yo, \_\_\_\_\_ estudiante de la Universidad de Puerto Rico en  
Aguadilla y con número de estudiante \_\_\_\_\_ solicito Acomodo según lo  
establecido en la Ley ADA, durante el \_\_\_\_\_ semestre del año académico \_\_\_\_ - \_\_\_\_ en  
este Recinto Universitario.

Esta solicitud es debido a un diagnóstico de \_\_\_\_\_ el cual me  
dificulta

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del estudiante**

\_\_\_\_\_  
**Teléfono**

\_\_\_\_\_  
**Programa académico**

\_\_\_\_\_  
**Correo electrónico**