



Departamento de Seguridad Pública de Carolina del Norte División de Correccionales/Prisiones para Adultos

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACOMODACIÓN RAZONABLE (ORAR)

Solicito acomodación razonable por causa de mi deterioro. Tengo entendido que esto es tan solo una solicitud, la cual comenzará la averiguación sobre si cumplo o no con los requisitos para una acomodación razonable. También tengo entendido que puede ser que mi vivienda no resulte afectada inmediatamente mientras se esté considerando mi solicitud. Tendré el derecho de presentar una queja mediante el proceso de quejas para infractores de la ley si no estoy de acuerdo con la decisión tomada con respecto a esta solicitud de acomodación razonable. **Nota: El departamento correspondiente del personal de seguridad pública puede asistir a los infractores de la ley a llenar este formulario.**

Soy/tengo (Manifieste su deterioro)

No puedo (Describa su limitación o incapacidad)

Acomodación solicitada:

Una solicitud de acomodación puede ser negada si el personal de Prisiones no la puede evaluar adecuadamente por no poder leer O por no tener acceso a información de salud relevante a la acomodación que usted esté buscando. Su información de salud es privada y no puede ser divulgada al personal de la prisión sin su permiso. ¿Desea proporcionar una renunciación que permita al personal de Prisiones obtener información de salud del Servicio de Salud de Prisiones o de cualquier otro personal de atención médica, médico privado o clínica, a fin de evaluar su solicitud de acomodación? Usted puede revocar su renuncia en cualquier momento proporcionando al personal de Prisiones un aviso por escrito de la revocación.

de **Deseo** proporcionar al personal de Prisiones acceso a mi información de salud para el limitado fin que el Servicio de Salud de Prisiones evalúe mi solicitud de acomodación.

No deseo proporcionar al personal de Prisiones acceso a mi información de salud para que se evalúe mi solicitud de acomodación. Tengo entendido que si el personal de Prisiones determina que mi solicitud no puede ser evaluada adecuadamente sin acceso a mi información de salud, mi solicitud de acomodación podría ser negada por esta razón.

Firma del infractor de la ley:

Fecha:

El personal que acepte/ayude a rellenar esta solicitud debe enviar este formulario al administrador de ADA de la instalación para su determinación.

Staff Name/ Rank/Title (Print):

Staff Signature:

Date:

Original to: Facility ADA Coordinator; Copy to: Offender.

Offender Name _____

Offender # _____

Unit # _____

File: Offender Health Record

DC-746(S) (Revised 03/21)



**Departamento de Seguridad Pública de Carolina del Norte División
de Correccionales/Prisiones para Adultos**

**SOLICITUD DE ACOMODACIÓN RAZONABLE
FORMULARIO DE DETERMINACIÓN**

Determinación del administrador de ADA de instalación o Prisiones:

Aprobada Negada Modificada Iniciales: _____ Fecha : _____

Acomodación particular proporcionada:

Explicación de modificación o negativa (si corresponde):

*Los infractores de la ley tienen el derecho de presentar una queja mediante el proceso de quejas para presos si no están de acuerdo con la decisión tomada con respecto a una solicitud de acomodación razonable.

Explicación de la tardanza, de haberla:

Facility ADA Coordinator's Signature:

Date:

Offender's Signature:

Date:

Prisons ADA Coordinator's Signature:

Date:

Served upon offender by:

Staff Name/ Rank/Title (Print):

Staff Signature:

Date Served: _____

Completed/Signed Original to Offender Health Record.

Copies: Offender, Facility DIB CM, Facility ADA Coordinator, & Prisons ADA Coordinator.

Offender Name _____

Offender # _____

Unit # _____

File: Offender Health Record

DC-746(S) (Revised 03/21)