



## Formulario de solicitud de adaptación para participantes de un programa o servicio de la universidad

Sección 1: A ser completada por el PARTICIPANTE o el PREPARADOR	
Nombre del participante:	Correo electrónico del participante:
Nombre del preparador (si no es el participante):	Teléfono del participante:
¿Tiene usted (el participante) acceso limitado al correo electrónico? Las notificaciones oficiales sobre este informe se enviarán por correo electrónico. Si usted tiene acceso limitado o no tiene acceso a correo electrónico deberá proporcionar una dirección de correo postal. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dirección del participante:	Ciudad/Estado del participante:
Yo (el participante) certifico que he leído y comprendo la información proporcionada en esta solicitud, y confirmo que es verdadera a mi leal saber y entender.	
Yo (el participante) entiendo que la universidad se reserva el derecho de solicitar documentación médica para verificar la existencia de una discapacidad y evaluar de forma adecuada la afección, las limitaciones funcionales o la solicitud de adaptación razonable.	
Firma del participante:	Fecha:
Firma del preparador (si no es el participante):	Fecha:

**La Ley de No Discriminación por Información Genética (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA) de 2008** prohíbe que los empleadores y otras entidades incluidas en el Título II de la Ley GINA soliciten o requieran información genética de una persona o un miembro de la familia de la persona, excepto que esté específicamente permitido por esta ley. Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. La "información genética", según la define la ley GINA, incluye los antecedentes médicos familiares, los resultados de pruebas genéticas de una persona o un miembro de su familia, el hecho de que una persona o un miembro de su familia hayan solicitado o recibido servicios genéticos, y la información genética del feto en el vientre de una persona o de un miembro de su familia, o de un embrión en posesión legítima de la persona o de un miembro de su familia que recibe servicios de reproducción asistida.

<b>Una vez que el formulario esté completo, fírmelo y entréguelo personalmente, o envíelo por fax a la Oficina de Igualdad de Oportunidades y Cumplimiento de University of Arkansas, 479.575.7637, o escanéelo y envíelo por correo electrónico a <a href="mailto:access@uark.edu">access@uark.edu</a>.</b>	
1. ¿Es la solicitud urgente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, explique por qué la solicitud es urgente:	
2. Proporcione la ubicación del programa o servicio y cualquier dato adicional relacionado con la ubicación:	



3. Proporcione la fecha y la hora del evento o programa ____/____/____
4. ¿Cuál es su propósito en el campus?
5. ¿Qué departamento o persona patrocina el evento? (Incluya nombre, correo electrónico, teléfono, etc.).
6. Indique la adaptación solicitada; proporcione detalles específicos:
7. ¿Cómo lo ayuda la adaptación a participar en su propósito en el campus?