



Servicios para estudiantes con discapacidades

OFFICE USE ONLY

Received _____

Intake _____

Formulario de preinscripción

Esta forma es requerida para que los estudiantes nuevos y actuales establezcan elegibilidad para acomodaciones bajo la Ley Estadounidense con Discapacidades y otras leyes y regulaciones aplicables.

La información proporcionada será utilizada comopunto de partida para determinar la ayuda apropiada y facilitar el proceso.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número estudiantil: _____ Numero de telefono: _____

Direccion de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Identifique cualquier discapacidad por la cual necesite una acomodación:

Por favor indique como se diagnosticó originalmente esta discapacidad. (Si no se ha realizado un diagnostico profesional, indique a quien le sugirió que podría tener la discapacidad mencionada o quien lo refiero a servicios para estudiantes con discapacidades):

Psicólogo/Psiquiatra Instructor de Colegio/Asesor Otro (por favor indicar)

(OTECH u otro)

Consejero de Escuela (K-12) Doctor Medico Padre u otro Pariente

Servicios de Rehabilitación (Rehabilitacion Vocacional) Terapeuta Auto Diagnosticado

Otro (por favor indicar) _____

Por favor describa cualquier limitación o barrera que haya experimentado (o anticipado) relacionada con la discapacidad mencionada; si es posible enfóquese en asuntos relacionados con sus necesidades académicas. (Por ejemplo: no puedo completar algunos exámenes en el tiempo permitido o no puedo ver lo suficientemente bien como para leer un libro de texto.)

El colegio no puede autorizar una acomodación a menos que sea respaldado por documentación de una fuente calificada. ¿Tiene acceso a algún registro oficial que confirme el diagnóstico de discapacidad y / o limitaciones indicado anteriormente?

SI

NO

NO ESTOY SEGURO

Identifique cualquier acomodación o servicio que le permitirá, como estudiante, superar las limitación(es) indicadas anteriormente. (Ejemplos: Libros de texto de audio o Intérpretes de Lenguaje de Señas para todas las clases.)

Firma del Estudiante: _____

Fecha: _____

Por favor complete este formulario y tráigalo con usted cuando haga una cita con el consejero de ADA.

Se pueden hacer citas llamando al 801-627-8321 o enviando un correo electrónico a ada@otech.edu.