

**SOLICITUD DE AJUSTES
RAZONABLES
CONFORME A LA LEY ADA**

JD-ES-352S Rev. 4-24

SOLO PARA USO
DEL TRIBUNAL

ADAREQ



ESTADO DE CONNECTICUT
**TRIBUNAL DE PRIMERA
INSTANCIA** www.jud.ct.gov



Instrucciones:

Las solicitudes de ajustes pueden presentarse mediante este formulario o por cualquier otro medio escrito, de manera oral o conforme a lo estipulado en el Manual de Normas Procesales de Connecticut. Si necesita ayuda para completar el formulario, comuníquese con la Oficina Central de ADA llamando al 860-706-5310.

No presente el formulario mediante los Servicios Electrónicos [E-Services].

Envíe el formulario relleno a ADAprogram@jud.ct.gov o preséntelo en la Secretaría del tribunal donde se atenderá la causa. También puede enviar el formulario por correo o fax a: CT Judicial Branch, Centralized ADA Office, 90 Washington Street, Hartford, CT 06106, Fax: 860-706-5089.

Por favor, solicite el ajuste al menos 10 días antes de la fecha en que lo necesite para que se pueda tramitar a tiempo.

Parte I - Información (a completar por la persona que necesita el ajuste)

Nombre	Dirección de correo electrónico
--------	---------------------------------

Dirección	Número de teléfono
-----------	--------------------

Fecha(s) en que se necesita el ajuste	Ubicación donde se necesita el ajuste
---------------------------------------	---------------------------------------

Nombre de la causa	Número de expediente (si procede)
--------------------	-----------------------------------

Soy: Jurado Demandado/a Demandante Testigo Otros (especificar) _____

Tipo de causa: Civil Penal De Familia De Menores Tribunal de Apelación/Supremo

Otra actuación judicial _____

¿Por qué necesita un ajuste conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades?

*Si usted solicita un ajuste que podría afectar los derechos de alguna otra parte, tal como un aplazamiento, prórroga de tiempo o solicitud de una audiencia virtual, su solicitud será compartida con el juez y todos los abogados y partes que se representan por derecho propio en el caso. Solo debe brindar la información que pueda compartir sin sentirse incomodo. **No presente informes médicos.** Si se necesita más información, se le pedirá que la proporcione en una fecha posterior.*

¿Cómo le ayudará el ajuste solicitado?

Por favor, responda de forma detallada.

Es posible que se le pida más información, si fuera necesaria para comprender cuál sería un ajuste razonable.

Parte II - Solicitud de ajuste (a completar por la persona que necesita el ajuste)

Necesito: (marcar todo lo que corresponda)

Ajustes administrativos:

- Lenguaje de señas estadounidense (ASL) ASL y un intérprete certificado del lenguaje de señas Persona de apoyo
 CART (similar al subtulado) Dispositivo de escucha asistida Accesibilidad de documentos
(permite la lectura de un documento mediante tecnología de asistencia)

Firme abajo y omita la Parte III si no se solicitan ajustes judiciales.

Firma (obligatoria)	Nombre	Fecha
---------------------	--------	-------

Ajustes judiciales:

Estas solicitudes podrían afectar los derechos de alguna de las otras partes (por ejemplo, solicitudes de aplazamiento o videoconferencia) o el control que el juez tiene sobre la sala de audiencias (por ejemplo, solicitud de tomar descansos frecuentes o de permanecer sentado durante un procedimiento). Dichas solicitudes deben ser aprobadas por el juez. Si la solicitud afecta los derechos de alguna otra parte, usted deberá enviar una copia de este formulario a todos los abogados y a las partes que se representan por derecho propio en la causa y dicha solicitud formará parte del expediente del tribunal. Deberá completar la Parte III. Si la solicitud afecta el control del juez sobre la sala de audiencias, por lo general NO es necesario enviar este formulario a los abogados y partes que se representan por derecho propio que constan en actas.

- Videoconferencia Teleconferencia Horario alternativo _____
 Prórroga de tiempo - Solicitud de prórroga hasta el día (fecha) _____
 Aplazamiento - Solicitud para aplazar hasta el día (fecha) _____ o a discreción del juez.
 Otro:

Firme abajo.

Firma (obligatoria)	Nombre	Fecha
---------------------	--------	-------

Parte III - Certificación para todos los abogados y partes que se representan por derecho propio

(A completar por los abogados y partes que se representan por derecho propio que constan en actas cuando los ajustes o modificaciones solicitadas en la Parte II afectan los derechos de alguna otra parte. La Parte III NO debe completarse en caso que la solicitud de ajuste judicial en la Parte II se refiera al control del juez sobre la sala de audiencias (por ejemplo, solicitudes de descansos frecuentes o de permanecer sentado durante un procedimiento)).

Certifico que, en la fecha que figura a continuación, se envió o se enviará inmediatamente por correo o por vía electrónica, una copia del presente a todos los abogados y partes representadas por derecho propio que constan en actas. Certifico además que los abogados y partes que se representan por derecho propio que constan en actas dieron consentimiento por escrito para recibir entrega por vía electrónica. La siguiente es la lista con el nombre de cada una de las partes y la dirección a las que se envió notificación:

Nombre	Dirección postal (o dirección de correo electrónico, si corresponde)	Fecha de envío/entrega
Nombre	Dirección postal (o dirección de correo electrónico, si corresponde)	Fecha de envío/entrega
Nombre	Dirección postal (o dirección de correo electrónico, si corresponde)	Fecha de envío/entrega
Nombre	Dirección postal (o dirección de correo electrónico, si corresponde)	Fecha de envío/entrega

Firma (obligatoria)	Nombre	Fecha
---------------------	--------	-------

Parte IV - Decisión de la Oficina Central de la ADA (a completar por la Oficina Central de la ADA)

Para solicitudes de ajustes administrativos y requisitos de la ADA

Su solicitud de ajuste queda OTORGADA de la manera solicitada u OTORGADA con el siguiente ajuste alternativo:

Su solicitud de ajuste queda OTORGADA EN PARTE Y DENEGADA EN PARTE:

SE OTORGA:

SE DENIEGA:

Su solicitud queda DENEGADA EN PARTE porque:

- Usted no reúne los requisitos conforme a la ley ADA.
- El ajuste o modificación no está directamente relacionado con la discapacidad.
- El ajuste requiere que la Rama Judicial proporcione un dispositivo o servicio de índole personal.
- El ajuste ocasiona una carga financiera o administrativa excesiva o una alteración fundamental de nuestros programas o servicios.

Motivo(s) de la denegación:

Su solicitud de ajuste queda DENEGADA porque:

- Usted no reúne los requisitos conforme a la ley ADA.
- El ajuste o modificación no está directamente relacionado con la discapacidad.
- El ajuste requiere que la Rama Judicial proporcione un dispositivo o servicio de índole personal.
- El ajuste ocasiona una carga financiera o administrativa excesiva o una alteración fundamental de nuestros programas o servicios.

Motivo(s) de la denegación:

Dado que su solicitud fue denegada total o parcialmente, se le proporciona un formulario de queja e instrucciones sobre el procedimiento. La presentación de una queja no retrasará el avance de su causa si usted forma parte en dicha causa.

Firma del empleado de la Rama Judicial designado por ADA
(obligatoria para denegaciones)

Nombre

Fecha

Parte V - Orden Judicial (a completar por el juez)

Para solicitudes de ajustes judiciales

La Oficina Central de la ADA ha determinado que usted reúne los requisitos conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.

Su solicitud de ajuste queda OTORGADA de la manera solicitada u OTORGADA con el siguiente ajuste alternativo:

Su solicitud de ajuste queda OTORGADA EN PARTE Y DENEGADA EN PARTE:
SE OTORGA:

SE DENIEGA:

Su solicitud queda DENEGADA EN PARTE porque:

- El ajuste o modificación no está directamente relacionado con la discapacidad.
- El ajuste requiere que la Rama Judicial proporcione un dispositivo o servicio de índole personal.
- El ajuste ocasiona una carga financiera o administrativa excesiva o una alteración fundamental de nuestros programas o servicios.

Motivo(s) de la denegación:

Su solicitud de ajuste queda DENEGADA porque:

- El ajuste o modificación no está directamente relacionada con la discapacidad.
- El ajuste requiere que la Rama Judicial proporcione un dispositivo o servicio de índole personal.
- El ajuste ocasiona una carga financiera o administrativa excesiva o una alteración fundamental de nuestros programas o servicios.

Motivo(s) de la denegación:

Firma del juez

Nombre

Fecha

No existe derecho a revisión inmediata de esta orden judicial en el Tribunal de Apelación. Si no está de acuerdo con esta orden, podría apelar la sentencia final conforme a las normas procesales.

Para información sobre ajustes conforme a la ley ADA, comuníquese con la oficina central de la ADA al 860-706-5310 o visite: www.jud.ct.gov/ADA/