

**SOLICITUD DE AJUSTES RAZONABLES  
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

JD-ES-264S Rev. 4-19

ESTADO DE CONNECTICUT  
**RAMA JUDICIAL**  
www.jud.ct.gov



**Instrucciones:**

**No presente el formulario por vía electrónica [E-Services]. Los formularios que se presentan por este medio pueden formar parte del expediente público.**

Completar todas las secciones de este formulario. Enviar el formulario a la persona de contacto de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) del tribunal donde se celebre el caso. Adjuntar más documentos, de ser necesario.

Nombre de la persona que solicite los ajustes	Número de teléfono	Fechas de requerimiento de los ajustes
Dirección (Número, calle, número de apartamento, ciudad y código postal)	Nombre del caso o número de expediente (si se sabe)	
Lugar de requerimiento de los ajustes	Correo electrónico (Opcional)	

La persona es

Jurado  Acusado  Demandante  Testigo  Otro (especificar): \_\_\_\_\_

Tipo de caso

Civil  Penal  Familia  De Menores  Otro (especificar): \_\_\_\_\_

I. Describir las características de la discapacidad que requiere los ajustes:

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

II. Describir como la discapacidad afecta alguna de las actividades cotidianas más importantes:

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

III. Sugerir los ajustes razonables necesarios:

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

IV. Peticiones especiales o comentarios adicionales:

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

Firma	Fecha
-------	-------

**Aviso sobre la Ley ADA**  
La Rama Judicial del Estado de Connecticut cumple con los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés). Si necesita un ajuste razonable acorde con la ley ADA, comuníquese con un empleado de la Secretaría o algún delegado de la ADA cuyos nombres aparecen en la página web: <https://jud.ct.gov/ADA/towns.htm>

La solicitud de ajustes razonables queda **Otorgada**.

La solicitud de ajustes razonables queda **Otorgada con los siguientes ajustes alternativos**:

---

---

---

La solicitud de ajustes razonables queda **Otorgada parcialmente, denegada parcialmente**.

---

---

---

La solicitud de ajustes razonables queda **Denegada**.

- El solicitante no cumple los requisitos por discapacidad
- La modificación solicitada ocasionaría una alteración fundamental de un programa o servicio
- La modificación solicitada presentaría una carga económica o administrativa excesiva
- Otros (especificar):

---

---

---

Se le ha informado al solicitante acerca de la opción de presentar una queja / denuncia.

Se le ha informado al solicitante acerca de la opción de procurar asistencia de otra agencia estatal o federal.

Coordinador o Designado de la División de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades  
\*\*Se requiere la firma si la solicitud es denegada\*\*

Fecha

*No complete este formulario. Utilice este formulario como guía para llenar el formulario oficial que está escrito en inglés.*