



SOLICITUD DE INTÉRPRETE DE LENGUAJE DE SEÑAS

Administración de Vivienda Pública de Puerto Rico

Si usted o algún miembro de su composición familiar requiere de un intérprete de lenguaje de señas para recibir algún servicio de la Administración de Vivienda Pública, podrá utilizar este formulario para la coordinación de los mismos.

Instrucciones:

1. Deberá llenar el formulario en los encasillados correspondientes: Parte A información del peticionario y Parte B información sobre el lugar y fecha donde recibirá el servicio.
2. Incluir la fecha y firmar el formulario en la parte inferior, luego proceder a entregarla en cualquiera de las Oficinas de AVP o del Proyecto en el cual reside.
3. Este formulario deberá venir acompañado de la solicitud de acomodo razonable

Si necesita ayuda para llenar este formulario, puede contactar a un funcionario de la AVP o al Coordinador 504 de su proyecto.

PARTE A: **Información del Peticionario**

De necesitar asistencia para llenar el formulario, podrá notificar a un Funcionario de la AVP.

Nombre del Jefe de Familia: _____

Número de Tel.: _____

Dirección: _____

Proyecto (si aplica): _____

Nombre del Miembro de la Composición Familiar que requiere el acomodo razonable (de no ser el jefe de familia):

Seleccione el Lenguaje de Señas o interpretación que mejor comprende:

American Sign Language

Interpretación para sordo-ciegos

Puerto Rico Sign Language

Interpretación Oral

Otro: _____

PARTE B: Información del Servicio De necesitar asistencia para llenar el formulario, podrá notificar a Coordinador 504 o Trabajador Social de su proyecto	Tipo de Servicio que va recibir:
	<input type="checkbox"/> Orientación <input type="checkbox"/> Firma de Contrato <input type="checkbox"/> Vista Administrativa <input type="checkbox"/> Re-examen de Ocupación <input type="checkbox"/> Otro: _____

Favor firmar el formulario de petición en este encasillado y proceder a entregarla en cualquiera de las Oficinas de AVP o del Proyecto en el cual reside.

Firma del Solicitante

Fecha

PARA USO OFICIAL

**Información para
Coordinación del
Intérprete**

Los servicios del intérprete de lenguaje de señas serán necesarios el día ____ de _____ de _____ a las _____ (am/pm). El mismo será por una duración de _____ horas (mínimo dos horas).

Lugar del
Servicio: _____

Firma Funcionario AVP o Coordinador 504

Fecha

Si usted entiende que el acomodo conferido no es aceptable para su necesidad, o el tiempo que toma en atender su solicitud es objetable, poder llamar a:

Oficina de Cumplimiento Sección 504
Administración de Vivienda Pública
(787) 759-9407, Ext. 3037