

Solicitud de Acomodos de Pruebas de ADA

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE									
NOMBRE	PRIMER NOMBRE			INICIAL	APELLIDO PATERNO				
TAMBIEN CONOCIDO COMO					SS #				
FECHA DE NACIMIENTO	MM	DD	YYYY		GÉNERO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> X	
DIRECCIÓN FÍSICA	CALLE							APT. #	
CIUDAD				ESTADO	CODIGO POSTAL				
CORREO ELECTRÓNICO									
NÚMERO DE TELÉFONO PRIMARIO				NÚMERO SECUNDARIO					
Acomodos de Pruebas de ADA									
<p>Describe brevemente la discapacidad o discapacidades que limitan una o más de sus actividades principales de la vida:</p> 									
Declaración de Entendimiento									
<p>Al firmar a continuación, por la presente afirmo que he leído, entiendo y acepto toda la información proporcionada en el Manual de Acomodos para Pruebas de ADA y en este formulario. Si la información provista en apoyo de esta solicitud no es suficiente, autorizo a FSMTB a obtener información adicional de los profesionales e instituciones educativas que trataron o evaluaron mi discapacidad. Además, autorizo a dichos profesionales e instituciones educativas a proporcionar a la FSMTB la aclaración y / o información adicional que sea necesaria. La información obtenida por esta autorización no se divulgará ni divulgará a ninguna persona u organización, excepto a las partes a las que se hace referencia y cualquier otra agencia gubernamental que pueda participar en mi solicitud de adaptaciones razonables en relación con el proceso de licencia de terapia de masaje. Acepto que esta autorización será válida hasta que yo la cancele o revoque por escrito.</p> <p>Entiendo que FSMTB se reserva el derecho de tomar una decisión final en cuanto a si cualquier adaptación solicitada está justificar y es apropiada.</p> <p>Bajo penas de perjurio, declaro que las declaraciones anteriores y las de los documentos o declaraciones requeridas que lo acompañan son ciertas. Entiendo que la información falsa puede ser causa de la denegación de acceso a los programas y servicios de MBLEx y otros FSMTB, la invalidación de los resultados del examen, la denegación de acceso a futuros exámenes y la notificación de tales acciones a la membresía de la FSMTB.</p> <p>Por la presente certifico que completé personalmente esta solicitud y que se me puede solicitar que verifique la información anterior en cualquier momento.</p>									
FIRMA					FECHA				
<p>Para detalles por completo, por favor lea el Libro de Acomodos Especiales.</p> <p>Por favor dirija sus preguntas a: ada@fsmtb.org 866.962.3926</p> <p><i>Por favor mantener una copia de todos los documentos, incluyendo este formulario, para sus archivos</i> Someta el formulario completo junto con los documentos requeridos a FSMTB, ADA Manager ada@fsmtb.org</p>									