

Solicitud de Acomodo Especial

ETS Oficina de Puerto Rico
American International Plaza
250 Muñoz Rivera Ave., Suite 315
San Juan, Puerto Rico 00918-1811
Teléfono: +1-787-753-6363

Educational Testing Service (ETS) se ha comprometido a servir las necesidades de las personas con impedimentos o condiciones especiales de salud. Este formulario debe ser debidamente completado por la persona que está solicitando un acomodo especial para el examen EXADEP™ y por el profesional autorizado. El programa EXADEP evaluará cada solicitud según las normas establecidas por ETS en www.ets.org/disability. Todos los solicitantes deben completar la Parte I y II y firmar la certificación que aparece abajo y en la página 4. Este documento es válido y estará disponible en nuestros archivos por un periodo de dos (2) años. Puede ser utilizado para solicitar nuevamente el examen durante ese periodo de tiempo.

NOTA IMPORTANTE: Todos los documentos, incluyendo este formulario, el certificado médico, la solicitud de inscripción del EXADEP y el pago de examen deben ser enviados en el mismo sobre.

Nombre: _____

Apellidos (letra de imprenta)

Nombre

Género: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Mes /Día /Año

Seguro Social (último 4 dígitos) o número de identificación: _____

Dirección electrónica: _____ Número de teléfono: () _____

Diurno

Dirección postal: _____

Código Postal

Naturaleza de su condición (marque todo lo que aplique.)

- 1. Visual
- 2. Auditiva
- 3. Física
- 4. Problemas de Aprendizaje
- 5. Impedimento Físico (Describa): _____

Si ha tomado el examen EXADEP con acomodo especial anteriormente, anote mes y año.

____/____
Mes Año

- 6. Otras (Describa): _____

¿Cuándo fue diagnosticada su condición por primera vez? _____

Fecha más reciente de su evaluación realizada por un profesional: _____

Mes / Año

CERTIFICACIÓN

Certifico que la información antes mencionada en este formulario es cierta. Reconozco que ETS se reserva el derecho de decidir si es apropiada una administración especial. Si la información del candidato es utilizada para propósitos de investigación, bajo ninguna circunstancia los nombres de los individuos serán mencionados en los estudios.

Firma del Solicitante

Fecha

PARTE II – ARREGLOS ESPECIALES REQUERIDOS

Nombre: _____
Apellidos Nombre

Se ofrecerán acomodados especiales para aquellas personas que soliciten dichos servicios por escrito con antelación a la fecha del examen. Los candidatos a examen deben presentar esta solicitud y la solicitud de inscripción debidamente completada, el pago correspondiente, una carta del médico certificando la naturaleza y acomodo especial. De necesitar un lector, intérprete de lenguaje de señas o amanuense, el candidato debe proveerlo, siempre y cuando cumpla con los requisitos de ETS.

Complete la Parte II indicando los acomodados especiales requeridos.
 (En algunos casos ETS puede requerir documentos que confirmen el acomodo especial solicitado.)

ACOMODOS REQUERIDOS

Formato de examen solicitado

- Letra Regular
- Folleto de examen - letra grande (20 puntos)

Tiempo adicional (50% adicional)

- Sí
- No necesario

Tipo de asistencia requerida

(Es la responsabilidad del solicitante traer su asistente.)

- No necesario
- Lector
- Amanuense
- Lenguaje de señas (durante las instrucciones del examen solamente)
- Acceso silla de rueda
- Instrucciones escritas
- Necesidad de un salón aparte (un solo candidato)
- Otros arreglos requeridos (describa): _____

Recesos adicionales o extendidos

(Tiempo regular de examen)

- Sí
- No necesario

¿Ha recibido usted acomodados especiales a través de la Oficina de Servicios al Estudiante del colegio/ universidad o de su lugar de empleo? No Sí, describa:

PARA USO DE ETS SOLAMENTE:

Fecha del Examen	Centro de Examen	Acomodo Especial	Comentarios

PARTE III – CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD

Nombre: _____
Apellidos Nombre

Esta Parte III debe ser completada y firmada por un Profesional (médico, miembro de la Oficina de Servicios al Estudiante en el colegio/universidad del solicitante o por un especialista de Recursos Humanos en su lugar de trabajo o por un representante de la Oficina de Rehabilitación Vocacional.) Complete esta sección únicamente si:

- 1) el solicitante ha recibido acomodados especiales de acuerdo a la condición antes mencionada en el colegio/universidad, lugar de trabajo o en conjunto con la Oficina de Rehabilitación Vocacional y,
- 2) usted tiene documentos del solicitante en archivo que cumplan con el tercer requisito mencionado abajo.

REQUISITOS DE LOS DOCUMENTOS

- 3) Los documentos deben:
 - mencionar la condición diagnosticada;
 - estar vigente por un período de por lo menos 3 años o 5 para ADD (no aplica para condiciones físicas o sensoriales que sean de naturaleza permanente o no cambiante);
 - describir las limitaciones funcionales;
 - enfatizar por qué la condición cualifica al solicitante para un acomodado especial;
 - tener por escrito y firmado en papel membrete oficial por un Profesional cualificado para hacer el diagnóstico (incluya información sobre licencias o certificaciones en el área de especialización).

HISTORIAL DE ACOMODO RAZONABLE

Indique el tipo de acomodado especial recibida anteriormente. (Marque todos los que apliquen.)

Formato de Examen

- Letra Regular
- Letra Grande _____
Puntos

Tiempo adicional

- Sí, tiempo: _____
- No

Asistencia

- Ninguna
- Lector

- Amanuense
- Lenguaje de señas
- Acceso silla de rueda
- Instrucciones escritas
- Otros: _____

Recesos adicionales o extendidos

- Ninguno
- Sí
- De contestar afirmativo "Sí" especifique: _____

Comentarios adicionales:

PARTE III – CONTINUACIÓN

Nombre: _____
Apellidos Nombre

Verificación debe ser firmada por un Profesional Certificado

(Debe ser firmada por un médico, un personal autorizado de la Oficina de Servicios al Estudiante con Impedimentos, por Recursos Humanos o Rehabilitación Vocacional.)

Certifico que los acomodados especiales antes mencionados son aquellos necesarios y apropiados para el solicitante. Además certifico que los documentos que indican el impedimento o necesidad especial de salud y las necesidades específicas del solicitante se mantienen en archivo en la oficina médica, o en la Oficina de Servicios al Estudiante con Impedimentos o en el lugar de trabajo o en la Oficina de Rehabilitación Vocacional.

De ser necesario que Educational Testing Service (ETS) solicite una copia de cualquier documento antes mencionado, yo estoy de acuerdo que se le envíe a ETS para su consideración. Cualquier información pertinente que sea necesaria para determinar si se llevará a cabo el acomodo especial debe contar con el permiso del solicitante (autorización firmada abajo).

Firma del Profesional Certificado

Título y Número de Licencia del Profesional

Nombre (Letra de Imprenta)

Fecha

Nombre de Agencia/ Institución

Número de Teléfono (diurno)

Número de Fax

Dirección Electrónica (email)

Certificación firmada por el Solicitante

Certifico que la información provista es cierta a mi mejor conocimiento. De no ser suficiente esta solicitud para obtener un acomodo especial, autorizo le hagan llegar a ETS una copia de cualquier información necesaria para lograr este propósito. Entiendo que la información debe estar disponible con suficiente antelación a la fecha de examen de manera tal que pueda ser evaluada y procesada por ETS. Entiendo que ETS no necesariamente desiste de los derechos aún después de la fecha de examen. Entiendo que mi solicitud de administración especial no será procesada si yo altero la Parte III de alguna manera luego de ser completada por el profesional autorizado. Además entiendo que, según el juicio de ETS, si alguna información es cuestionable luego de haber tomado el examen, ETS se reserva el derecho de cancelar mis resultados. Esta información será protegida bajo los términos de la Política de Privacidad de Información de ETS.

Firma del Solicitante

Fecha