



Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 Defensoría de las Personas con Impedimentos (DPI)
 Ley Núm. 238 Carta de Derechos de las Personas con Impedimentos
 Hoja de Registro de Información Voluntaria



| | | | |
|--|--|--|--|
| Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy) <input type="text"/> | Fecha de Servicio (mm/dd/yyyy) <input type="text"/> | Servicio Solicitado <input type="checkbox"/> Acomodo Razonable <input type="checkbox"/> Ama de Llaves <input type="checkbox"/> Asistencia Económica Asistencia <input type="checkbox"/> Nutricional Asistencia Legal <input type="checkbox"/> Asistencia Técnica <input type="checkbox"/> Becas <input type="checkbox"/> Certificaciones <input type="checkbox"/> Centro de Cuido <input type="checkbox"/> Culturales <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Equipo de Asistencia <input type="checkbox"/> Tecnológica Empleo <input type="checkbox"/> Obtención de Permisos Intérprete <input type="checkbox"/> de Lenguaje de Señas Pago de <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Radicación de Querellas <input type="checkbox"/> Recreación <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Transportación <input type="checkbox"/> Vivienda |
| Tipo de Impedimento (Puede marcar más de uno) <input type="checkbox"/> Ciego Ambos Ojos <input type="checkbox"/> Otro impedimento Visual <input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> Problemas Auditivos <input type="checkbox"/> Sordo y Ciego <input type="checkbox"/> Ortopédico <input type="checkbox"/> Ausencia de Extremidad <input type="checkbox"/> Condición Mental <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias, Drogas y Alcohol <input type="checkbox"/> Problemas Específicos de Aprendizaje <input type="checkbox"/> Desorden Neurológico <input type="checkbox"/> Desorden Respiratorio <input type="checkbox"/> Condiciones Circulatorias y del Corazón <input type="checkbox"/> Desorden Digestivo <input type="checkbox"/> Condiciones Genitorurinarias <input type="checkbox"/> Problemas del Habla <input type="checkbox"/> SIDA o VIH <input type="checkbox"/> Lesión Traumática Cerebral <input type="checkbox"/> Otras condiciones | | Grado Escolar Alcanzado <input type="checkbox"/> Cuarto Año Esc, Superior <input type="checkbox"/> 1 a 3 años de universidad <input type="checkbox"/> 4 a 6 años de universidad <input type="checkbox"/> Más de 7 años de universidad <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado Cómo solicito el servicio <input type="checkbox"/> Carta o Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Calendario Página Web <input type="checkbox"/> Por comparecencia <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Referido interno <input type="checkbox"/> Referido externo | |

*Autorizo a la Defensoría de las Personas con Impedimentos y a la Oficina de Servicios a Estudiantes con Impedimentos (OSEI) de la Universidad de Puerto Rico en Carolina a utilizar la información con fines estadísticos conforme a la Ley Núm. 238 de 31 de agosto de 2004, según enmendada. Autorizo No Autorizo