

REQUEST FOR AUXILIARY AID (CONFIDENTIAL)

**SOLICITUD DE AYUDA AUXILIAR (CONFIDENCIAL)
BAJO EL TÍTULO II DEL ACTA DE AMERICANOS CON DISCAPACIDADES, SEGÚN LAS
MODIFICACIONES**

CLIENTES Y SOLICITANTES DE SERVICIOS, PROGRAMAS Y ACTIVIDADES

Fecha de la solicitud: _____

Marque una:

Solicitante

Cliente

Nombre del solicitante: _____

Programa/Actividad o Servicio: _____

División/Sección/Unidad: _____

Dirección de correo: _____

Teléfono diurno: _____

SOLICITUD

(A rellenar por el cliente/solicitante)

1. Solicito la(s) siguiente(s) ayuda(s) auxiliar(es): _____

2. Necesito tener esta(s) ayuda(s) auxiliar(es) por los siguientes motivos:

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

**SÓLO PARA USO INTERNO
DETERMINACIÓN**

Su solicitud de _____ como ayuda(s) auxiliar(es) ha sido:
(Fecha de la solicitud)

Aprobada AYUDA(S) AUXILIAR(ES) PROPORCIONADA(S): _____

Desaprobada MOTIVO(S) DE LA DENEGACIÓN: _____

Aprobada con modificaciones: _____

Aprobada durante un periodo de prueba del: _____ al: _____

Comentarios: _____

Si no está de acuerdo con esta determinación, puede presentar información adicional para complementar su solicitud contactando con Geneva Watts, Agente para el Cumplimiento de los Derechos Civiles (Civil Rights Compliance Officer), en el 586-4955 o a través de gwatts@dhs.hawaii.gov.