

Estado Libre Asociado de Puerto Rico

TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA

Tribunal Supremo Tribunal de Apelaciones

Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior Municipal de _____

Dependencia o Unidad _____

**SOLICITUD DE SERVICIOS DE INTÉRPRETE,
ACOMODOS RAZONABLES Y GRABACIÓN EN VIDEO**

I. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE NECESITA EL SERVICIO:

Nombre y apellidos: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono alterno: _____

Dirección postal: _____

Edad: Menor de 21 años 21 a 59 años 60 años o más

Sexo: mujer hombre intersexo Se identifica como: _____

Desconozco Prefiero no informar

¿Cuál de los siguientes términos le describen? (marque todos las que apliquen):

Negro(a) o afrodescendiente Blanco(a) Indígena Asiático(a)

Se identifica como: _____ Desconozco Prefiero no informar

Indique cuál de los siguientes términos le identifican (marque todos las que apliquen):

Puertorriqueño(a) Estadounidense Dominicano(a) Colombiano(a)

Mexicano(a) Cubano(a) Asiático(a) Europeo(a)

Se identifica como: _____ Desconozco Prefiero no informar

Caso Núm. (si lo conoce): _____ Sobre: _____

Núm. Servicio (si lo conoce): _____ Gestión que realizará: _____

En (lugar u oficina): _____

Fecha de la vista o gestión administrativa (si la conoce): _____ Hora: _____ a.m. p.m.
(día/mes/año)

Si prefiere que nos comuniquemos con una persona contacto autorizada, incluya la información:

Nombre y Apellidos	Relación con la persona que necesita el servicio	Teléfono
--------------------	--	----------

II. SOLICITUD DE INTÉRPRETE DE IDIOMA (ESPECIFIQUE):

Inglés Cantonés Mandarín Árabe Francés

Alemán Portugués Ruso Otro: _____

III. SOLICITUD DE ACOMODO RAZONABLE (ESPECIFIQUE SU PREFERENCIA):

Intérprete de lenguaje de señas:

presencial VRI (interpretación a distancia mediante videoconferencia)

American Sign Language (ASL)

Puerto Rico Sign Language

Lenguaje informal o lenguaje casero (Deaf Interpreter)

Otro: _____

Grabación en vídeo conforme a la Ley Núm. 174-2018 (No aplica a intérprete de idioma)

Intérprete de labio lectura

Amplificador de sonido FM (a distancia)

Amplificador de sonido personal (Pocket Talker)

Otro acomodo razonable (Especifique cuál): _____

El _____ de _____ de _____ .
(día) (mes) (año)

Nombre del (de la) solicitante o su representante autorizado(a)

Firma del (de la) solicitante o su representante autorizado(a)

Información Importante:

1. Esta solicitud deberá presentarse por lo menos 10 días calendario antes de la vista o procedimiento.
2. En los casos de órdenes de protección y otros asuntos, la solicitud podrá realizarse inmediatamente se identifique la necesidad.
3. Es posible que el Tribunal se comunique con la persona que necesita el servicio o la persona contacto para requerir información de apoyo que permita evaluar la solicitud.
4. Se considerará como primera opción el acomodo razonable solicitado, sin embargo, el Poder Judicial podrá ofrecer un acomodo razonable alterno, siempre que sea igualmente efectivo.
5. El Tribunal o el personal de la oficina o dependencia le notificará la respuesta a su solicitud, previo a la vista o procedimiento.
6. Para más información sobre los acomodos razonables que ofrece el Poder Judicial, acceda a la sección de [accesibilidad](#) del Portal del Poder Judicial.