



ACCESIBILIDAD/SOLICITUD DE
ADAPTACIONES/ELIMINACIÓN DE BARRERAS

Fecha:	Ubicación:	Programa:
Nombre:	Número de teléfono:	
Descripción de la adaptación solicitada o eliminación de barreras: _____		

Descripción de la solución propuesta: _____		

Descripción de la facilitación hasta que se elimine la barrera (si la hubiera): _____		

Firma del miembro del equipo de liderazgo de Pathways:		Fecha:
Plazo de implementación (48 horas para revisión, 5 días hábiles para implementación, si corresponde)		
Decisión: _____		

Persona responsable de la implementación:		
Fecha de vencimiento:	Fecha de finalización:	
Observaciones: _____		

Firma del Director de Cumplimiento de Pathways o persona designada:		Fecha:
<p>Este formulario de solicitud debe ser completado por la persona que realiza la solicitud, entregado a un miembro del equipo de liderazgo de Pathways para su firma, luego escaneado y enviado por correo electrónico al Director de Cumplimiento de Pathways a betsy.jackson@pathways-ky.org para revisión. _____</p>		