

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE ACOMODO RAZONABLE PARA ANIMALES DE APOYO EMOCIONAL EN LAS RESIDENCIAS UNIVERSITARIAS

Efectivo: 2019.enero.01

La Universidad del Sagrado Corazón provee acomodo en las Residencias Universitarias a estudiantes-residentes con discapacidades que tienen una necesidad de acomodo razonable certificada. Favor de proveer la información solicitada.

Nombre del Residente (Estudiante): _____

Fechas de Nacimiento: _____

La *American with Disabilities Act* de 1990, según enmendada en el 2008, define la discapacidad como un impedimento físico o mental que sustancialmente limita al individuo en una o más de las actividades de la vida diaria. Bajo esta definición, un impedimento es una discapacidad si limita sustancialmente la capacidad de la persona para realizar una actividad del diario vivir. La definición también tiene en cuenta cualquier medida atenuante, como medicamentos u otros tratamientos o terapias, que la persona está usando y que puede aliviar las limitaciones sustanciales causadas por el impedimento. Si la o las medidas atenuantes eliminan la limitación sustancial causada por su impedimento, la persona no tiene una discapacidad.

Con el propósito de poder evaluar la procedencia de algún acomodo razonable, es necesario que nos provea la siguiente información.

1. ¿Tiene el residente/estudiante una discapacidad bajo esta definición?
Sí _____ No _____

2. Favor de identificar el impedimento del residente/estudiante y describir cómo dicho impedimento limita sustancialmente su habilidad de llevar a cabo actividades básicas del diario vivir.

3. Favor de identificar si existe alguna medida atenuante tales como medicamentos u otros tratamientos o terapias que el estudiante/residente esté usando que elimine la limitación sustancial causada por su impedimento.

4. Favor de explicar por qué el acomodo de tener un animal de apoyo emocional es necesario para que el residente-estudiante use y disfrute la Residencia Universitaria comparado con una persona sin impedimentos.

5. Favor de identificar cualquier otro acomodo que pueda ser igualmente efectivo para que el residente-estudiante use y disfrute la Residencia Universitaria.

Firma del profesional de salud mental: _____ Fecha: _____

Nombre y posición del profesional de salud mental (*impreso*): _____

Número de licencia del profesional de salud mental: _____

Nombre del lugar de trabajo: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Correo electrónico: _____

Favor de devolver esta forma firmada a:

Yomarie García
Éxito Estudiantil
Universidad del Sagrado Corazón
PO BOX 12383
San Juan, PR 00914-8505

Teléfono: 787-728-1515 ext. 1338
Correo electrónico: yomarie.garcia@sagrado.edu