

**SOLICITUD DE AJUSTES  
RAZONABLES BAJO LA LEY ADA**

JD-ES-352 Rev. 10-23

PARA USO EXCLUSIVO DEL TRIBUNAL
ADAREQ


ESTADO DE CONNECTICUT  
TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA

www.jud.ct.gov



**Instrucciones:**

La solicitud de ajustes razonables se puede hacer por medio de este formulario, verbalmente, por cualquier otro formato escrito, o tal y como lo requiera el Manual de Procedimientos de Connecticut [Connecticut Practice Book]. Si necesita ayuda para llenar este formulario, comuníquese con la Oficina Centralizada de la ADA llamando al 860-706-5310.

No entregue este formulario por medio de los servicios electrónicos.

Envíe el formulario completado a [ADAprogram@jud.ct.gov](mailto:ADAprogram@jud.ct.gov) o entréguelo en la Secretaría donde tendrá lugar la audiencia de su causa. También puede enviar el formulario por correo a: CT Judicial Branch, Centralized ADA Office, 90 Washington Street, Hartford, CT 06106, o por Fax: 860-706-5089.

**Por favor, presente esta solicitud al menos 10 días antes de que usted necesite los ajustes razonable para poder procesarla a tiempo.**

**Parte I - Información** (debe llenarla la persona que solicita el ajuste)

Nombre		Correo electrónico	
Domicilio		Número de teléfono	
Fecha(s) en las que necesitará el ajuste	Lugar donde se necesita el ajuste		
Nombre de la causa	Número de causa (si se conoce)		

Yo soy :  Miembro del jurado  Demandado  Demandante  Testigo  Otro (explique)

Tipo de causa:  Civil  Penal  Familia  Menores  Tribunal de Apelación/Supremo  
 Otro evento judicial

**¿Por qué requiere ajustes razonables bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades?**

Si solicita un ajuste razonable que afecte los derechos de las demás partes, como por ejemplo un aplazamiento, extensión de tiempo o una petición para tener una audiencia virtual, dicha petición será comunicada al juez y a todos los abogados y las partes que se representen a sí mismas que consten en la causa. Comparta solo la información que le parezca necesaria. **No presente expedientes médicos.**

Si necesitamos más información, se la pediremos en una fecha posterior.

¿Cómo le ayudarán los ajustes razonables que solicite?

**Parte II - Solicitud de ajustes razonables** (debe llenarla la persona que solicita el ajuste)

**Pido:** (marque con una "X" todo lo que corresponda)

**Ajuste(s) administrativo(s):**

- Lenguaje de Señas Estadounidense (ASL)  ASL y un intérprete Certificado para Personas Sordas  Persona de apoyo  
 CART (similar a los subtítulos)  Dispositivo de audición  Enmienda de documento

Firme abajo y deje en blanco la Parte III si no solicita un ajuste(s) judicial(es)

Firma (obligatoria)	Nombre	Fecha
---------------------	--------	-------

**Ajuste(s) judicial(es):**

Estas solicitudes podrían afectar los derechos de las demás partes (por ejemplo, solicitudes para aplazar o para programar videoconferencias) o el control de un juez sobre la sala del tribunal (por ej. una solicitud para tomar descansos con frecuencia o de permanecer sentado durante un procedimiento). Esto lo decidirá un juez. Si la solicitud afecta los derechos de las demás partes, tendrá que enviar una copia de este formulario a todos los abogados y las partes que se representen a si mismas que consten en la causa y dicha copia formará parte del expediente del tribunal. La Parte III debe llenarse. Si la solicitud tiene que ver con el control del juez sobre la sala de audiencias, NO es necesario, por lo general, enviar este formulario a los abogados y las partes que se representen a si mismas que consten en actas.

- Videoconferencias  Teleconferencias  Horarios alternativos \_\_\_\_\_  
 Extensión de tiempo - *Solicitud para extender hasta (fecha)* \_\_\_\_\_  
 Aplazamiento - *Solicitud para aplazar hasta (fecha)* \_\_\_\_\_  A discreción del juez  
 Otro: \_\_\_\_\_

Firme abajo

Firma (obligatoria)	Nombre	Fecha
---------------------	--------	-------

**Parte III - Certificación a los abogados y las partes que se representen a si mismas**

(debe llenarla el abogado y las partes que se representen a si mismas que consten cuando, en la Parte II, se requieran ajustes judiciales que afecten los derechos de las demás partes). La Parte III NO debe llenarse si la solicitud de ajuste judicial en la Parte II afecta al control del juez de la sala de audiencias (por ej. una solicitud para tomar descansos frecuentes o de permanecer sentado durante un procedimiento). Certifico que una copia de este documento se envió o se enviará inmediatamente por vía electrónica o por vía no electrónica en la fecha que figura a continuación a todos los abogados y las partes que se representen a si mismas, y que se recibió el consentimiento escrito para la entrega electrónica por parte de todos los abogados y las partes que se representen a si mismas que constan que recibieron, o inmediatamente recibirán, el documento de forma electrónica. A continuación, se incluye una lista de los nombres de cada una de las partes que han recibido la notificación y el domicilio en el que se hizo la entrega.

Nombre	Domicilio (o correo electrónico, si aplica)	Fecha enviada por correo/entregada
Nombre	Domicilio (o correo electrónico, si aplica)	Fecha enviada por correo/entregada
Nombre	Domicilio (o correo electrónico, si aplica)	Fecha enviada por correo/entregada
Nombre	Domicilio (o correo electrónico, si aplica)	Fecha enviada por correo/entregada

Firma (obligatoria)	Nombre	Fecha
---------------------	--------	-------

**Parte IV - Decisión de la oficina centralizada de la ADA** (debe llenarla la oficina centralizada de la ADA)

**Para solicitudes de ajuste administrativo y para determinar si reúne los requisitos bajo la ADA**

Se ha CONCEDIDO su solicitud de ajuste tal como la ha solicitado o se ha CONCEDIDO con el siguiente ajuste alternativo:

Su solicitud de ajuste ha sido CONCEDIDA EN PARTE Y DENEGADA EN PARTE:

CONCEDIDA:

DENEGADA:

Su solicitud fue DENEGADA EN PARTE porque:

- Usted no reúne los requisitos según la ADA.
- El ajuste no está directamente relacionado con la discapacidad.
- El ajuste requiere que la Rama Judicial preste un aparato o un servicio que es de carácter personal.
- El ajuste causa una carga financiera o administrativa excesiva o causaría una alteración fundamental a nuestros programas o servicios.

Razón(es) para la denegación:

Su solicitud de ajuste se DENIEGA porque:

- Usted no reúne los requisitos según la ADA.
- El ajuste no está directamente relacionado con la discapacidad.
- El ajuste requiere que la Rama Judicial preste un aparato o un servicio que es de carácter personal.
- El ajuste causa una carga financiera o administrativa excesiva o causaría una alteración fundamental a nuestros programas o servicios.

Razón(es) para la denegación:

Dado que su solicitud se denegó en su totalidad o en parte, se pone a su disposición un formulario de queja e instrucciones sobre el procedimiento. Presentar la queja no demorará el transcurso de su causa si usted es parte de una causa.

Firma de un representante de la ADA de la Rama Judicial (obligatorio para las denegaciones)

Nombre

Fecha

**Parte V - Orden Judicial** (debe llenarla el tribunal)

**Para solicitudes de ajuste judicial**

La oficina centralizada de la ADA ha determinado que usted reúne los requisitos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.

Se ha CONCEDIDO su solicitud de ajuste según la ha solicitado, o se ha CONCEDIDO con el siguiente ajuste alternativo:

Su solicitud de ajuste ha sido CONCEDIDA EN PARTE Y DENEGADA EN PARTE:  
CONCEDIDA:

DENEGADA:

Su solicitud fue DENEGADA EN PARTE porque:

- El ajuste no está directamente relacionado con la discapacidad.
- El ajuste requiere que la Rama Judicial preste un aparato o servicio que es de carácter personal.
- El ajuste causa una carga financiera o administrativa excesiva o causaría una alteración fundamental de nuestros programas o servicios.

Razón(es) para la denegación:

Su solicitud de ajuste judicial se DENIEGA porque:

- El ajuste no está directamente relacionado con la discapacidad.
- El ajuste requiere que la Rama Judicial preste un aparato o servicio que es de carácter personal.
- El ajuste causa una carga financiera o administrativa excesiva o causaría una alteración fundamental de nuestros programas o servicios.

Razón(es) para la denegación:

Firma del juez

Nombre

Fecha

Si usted no está de acuerdo con esta orden judicial, podría presentar una apelación ante el Tribunal de Apelaciones acorde con las normas.

Para información sobre los ajustes razonables de la ADA, comuníquese con la oficina centralizada de la ADA llamando al (860) 706-5310 o visite: [www.jud.ct.gov/ADA/](http://www.jud.ct.gov/ADA/)