



Solicitud de modificación razonable

Fecha de solicitud _____
Nombre _____
Domicilio _____
Ciudad _____
Estado _____
Código postal _____
Número de teléfono _____
Correo electrónico _____

1. Describe su solicitud (incluya la ubicación/ruta si corresponde)

2. ¿Puede utilizar el sistema de transporte público sin esta adaptación?

3. Si es necesario, el médico debe completar esta sección: Explique por qué el pasajero necesita una modificación razonable:

Nombre del profesional con licencia (impreso)

Número de oficina: (____) _____ - _____

Nombre del profesional con licencia (firma)

Fecha

Office use only	
Reviewed by: _____	Notes: _____
Reviewed date: _____	_____
Select: Approved OR Denied	_____