

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 acomodados razonables que ofrece el Poder Judicial, acceda a la sección de [accesibilidad](#) del Portal del Poder Judicial.