**Nota: Encuentre una versión de esta carta en inglés en la página 3 de este documento.**

Estimado supervisor y asistente a cargo de mi caso:

En esta ocasión, estoy solicitando adaptaciones al Departamento del Niño y las Familias (DCF) bajo el Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades («ADA») y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 («Sección 504»). En concreto, solicito las siguientes adaptaciones razonables:

**[Marque a continuación las opciones que sean adecuadas para usted. En esta lista no se incluyen todas las adaptaciones que podría solicitar. Las adaptaciones se basan en lo que le ayudaría en su situación. Para ayudarle a determinar qué adaptaciones podrían serle útiles, puede hablar con algún profesional de salud mental o de otro tipo que trabaje con usted].**

* un horario diferente para el tiempo destinado a los progenitores (padre o madre);
* un tiempo más largo destinado a los progenitores;
* un tiempo más corto destinado a los progenitores;
* un lugar diferente para el tiempo destinado a los progenitores;
* actividades de aprendizaje práctico durante las citas médicas o los servicios de intervención temprana de mi hijo(a);
* un cambio en cómo me enseñan técnicas para mi tiempo como progenitor, en particular:
	+ que me enseñen a utilizar las técnicas en casa,
	+ que usen imágenes en lugar de palabras para las instrucciones paso a paso,
	+ otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* cartas y planes de acción del DCF escritos de una manera que sea más fácil de entender;
* equipos de adaptación para los progenitores, como por ejemplo:
	+ libros en Braille
	+ termómetros parlantes
	+ dispensadores táctiles de medicamentos
	+ herramientas de voz a texto
	+ herramientas de texto a voz
	+ subtítulos durante las reuniones virtuales
	+ otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* un resumen por escrito de cualquier reunión con el DCF o sus contratistas;
* llamadas o correos electrónicos para recordarme mis citas;
* un calendario visual con mis citas, reuniones y tiempo con los progenitores (padre o madre) que pueda colgar en la pared;
* tiempo para tomar notas durante las reuniones;
* permitirme llevar a alguien para que tome notas o me ayude durante las reuniones;
* proporcionar órdenes del día o materiales antes de las reuniones para permitir la preparación y revisión;
* permitir tiempo adicional para procesar los temas durante las reuniones, incluyendo pausas;
* traducción del material escrito a un lenguaje sencillo,
* servicios de interpretación y traducción, como
	+ Lengua de señas estadounidense
	+ Intérprete certificado de sordos
	+ Traducción con subtitulado en tiempo real (CART)
* permitir que las reuniones se celebren de manera virtual;
* otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Espero tener noticias suyas en diez (10) días. Si no tengo noticias suyas por escrito en un plazo de diez (10) días, consideraré denegada mi solicitud.

Agradeceré que me consulten por cualquier duda o pregunta.

Gracias, y por favor no dude en ponerse en contacto conmigo mediante:

* Teléfono:
* Otro:

Saludos,

Cc: DCF.Disability.Coordinator@mass.gov

 **[Compruebe su región]**

* Región de Boston
* Región Norte
* Región Sur
* Región Oeste
* Región Central

Dear Supervisor and Ongoing Worker:

At this time, I am requesting accommodations from the Department of Children and Families (DCF) under Title II of the Americans with Disabilities Act (“ADA”) and Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 (“Section 504”). Specifically, I am requesting the following reasonable accommodations:

**[Check below the options that are appropriate for you. This list does not include all accommodations you can ask for. Accommodations are based on what would help you in your situation. To help you determine what accommodations might be helpful, you could talk with any mental health or other providers that work with you.]**

* a different parenting time schedule;
* longer parenting time;
* shorter parenting time;
* a different location for parenting time;
* hands-on learning during my child’s medical or early intervention services appointments;
* a change in how I am being taught parenting skills, specifically
	+ being shown how to use the skills in my home
	+ using pictures rather than words for step-by-step instructions
	+ other:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* letters and DCF action plans that are written in a way that are easier to understand;
* adaptive parenting equipment, such as
	+ Braille books
	+ talking thermometers
	+ tactile medicine dispensers
	+ speech-to-text tools
	+ text-to-speech tools
	+ closed captioning during virtual meetings
	+ other:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* a written summary of any meeting with DCF or its contractors;
* calls or emails to remind me of my appointments;
* a visual calendar with my appointments, meetings, and parenting time schedules that I can hang on my wall;
* time to take notes during my meetings;
* allowing me to bring someone to take notes or help during meetings;
* providing agendas or materials ahead of meetings to allow for preparation and review;
* permitting extra time for processing during meetings, including allowing for breaks;
* translation of written materials into plain language,
* interpretation and translation services, such as
	+ American Sign Language
	+ Certified Deaf Interpreter
	+ Communication Access Real-time Translation (CART)
* allowing meetings to occur virtually;
* other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* other:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

I expect to hear from you in ten days. If I do not hear from you in writing in ten days, I will consider my request denied.

Please let me know if you have any questions or concerns.

Thank you, and please feel free to contact me by:

* Phone:
* Other:

Best,

Cc: DCF.Disability.Coordinator@mass.gov

 **[Check your region]**

* Boston Region
* Northern Region
* Southern Region
* Western Region
* Central Region