



Division of Licensing Services

New York State
Department of State
Division of Licensing Services
Exam Unit (Special Testing)
P.O. Box 22001
Albany, NY 12201-2001
www.dos.ny.gov

Solicitud de arreglos especiales para examen

Por favor, lea las siguientes instrucciones cuidadosamente. Si usted es un solicitante que requiere arreglos especiales para un examen debido a una discapacidad de aprendizaje o alguna discapacidad física, mental o psicológica, debe completar este formulario. Además, **DEBE PRESENTAR DOCUMENTACIÓN DE APOYO** de un médico u otro profesional calificado, o evidencia de adaptación previa de una escuela u otra institución.

PARTE 1: INFORMACIÓN PERSONAL

Incluya su nombre completo, dirección, y número telefónico diurno. Es importante que tengamos un número telefónico para poder contactarle y obtener información adicional o hacer arreglos.

PARTE 2: TIPO DE EXAMEN

Indique el tipo de examen para el que está solicitando los arreglos especiales. **Tenga en cuenta que:**

Si su tipo de licencia requiere tanto un examen escrito como uno práctico, usted no está obligado a solicitar arreglos especiales para ambos.

PARTE 3: CLASIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Indique la naturaleza de la discapacidad por la que está solicitando arreglos especiales. Si es otra, por favor especifique. Adicionalmente, indique si necesitará acceso para silla de ruedas.

PARTE 4: ARREGLOS SOLICITADOS

Indique los arreglos/modificaciones que solicita. Por ejemplo: tiempo adicional, examen en un área distinta, el uso de equipo especializado, tener un lector o redactor. **Esta no es una lista completa de los arreglos especiales disponibles para exámenes.** Los arreglos/modificaciones deben ser las apropiadas para la discapacidad.

Por favor, escriba con letra imprenta o a máquina. Asegúrese de completar toda la información.

PARTE 1: INFORMACIÓN PERSONAL

| | | | | |
|----------------------------|--------|-------------------|--------------------------|----------------------------|
| APELLIDO | | NOMBRE | | INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE |
| DIRECCIÓN (CALLE Y NUMERO) | | | CORREO ELECTRONICO | |
| CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL + 4 | NÚMERO TELEFÓNICO DIURNO | |

PARTE 2: TIPO DE EXAMEN

Exámenes escritos

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Notario Público | <input type="checkbox"/> Inspección de Hogares | <input type="checkbox"/> Cosmetología |
| <input type="checkbox"/> Agente de Bienes Raíces | <input type="checkbox"/> Dispensador de Aparatos Auditivos | <input type="checkbox"/> Estética |
| <input type="checkbox"/> Venta de Bienes Raíces | <input type="checkbox"/> Investigador Privado | <input type="checkbox"/> Especialista en uñas |
| <input type="checkbox"/> Instalador de Alarmas de Seguridad | <input type="checkbox"/> Vigilante, Guardia o Patrulla y de Incendio | <input type="checkbox"/> Estilista de cabello natural |
| | | <input type="checkbox"/> Depilación |

Exámenes prácticos

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Dispensador de Aparatos Auditivos | <input type="checkbox"/> Cosmetología | <input type="checkbox"/> Especialista en uñas |
| <input type="checkbox"/> Barbero | <input type="checkbox"/> Estética | <input type="checkbox"/> Estilista de cabello natura |

PARTE 3: CLASIFICACIÓN DE LA SOLICITUD ("X" en todas las que apliquen)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Discapacidad psicológica |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva | <input type="checkbox"/> Discapacidad mental | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Acceso para silla de ruedas | | |

Solicitud de arreglos especiales para examen

PARTE 4: ARREGLOS SOLICITADOS

(En caso de requerir tiempo adicional, indique el porcentaje adicional; por ejemplo; 25 %, 50 % o 100 %)
