



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE PUERTO RICO
OFICINA DE SERVICIOS A PERSONAS CON IMPEDIMENTOS
2250 BOULEVARD LUIS A. FERRÉ AGUAYO, SUITE 581
PONCE, P.R. 00717-9997
TEL. 787-841-2000 EXT. 1453
FAX 787-651-4036

Formulario para Evidencia de Discapacidad / Evidence of Disability Form

Name of applicant/student _____

Date of Birth _____

Disability/diagnosis _____

Date of diagnosis/onset of disability _____

Name of Consultant/Specialist _____

Professional credentials/Lic. # _____

Contact telephone number _____

Description of functional limitations (please give specific level of impairment where applicable):
Descripción de limitaciones funcionales (favor de especificar el nivel de discapacidad donde sea aplicable) _____

How long will this condition likely exist? (¿Cuánto tiempo durará esta condición?)

Please indicate any support/accommodations the applicant may require in higher education as a result of the disability (por favor indique acomodo y/o apoyo que el solicitante necesita académicamente): _____

Sign/Firma: _____

Official stamp

Date/Fecha: _____

Sello oficial