

## Formulario para Entidad como proveedor de Servicios

Impedimento / Género	Motor	Visión	Audición	Cognoscitivo	Habla/Lenguaje	Múltiple	Emocional	Otros	No Reportado	Total
Masculino										
Femenino										
Total										

Grupos de Edad	0-3	4-12	13-17	18-21	22-34	35-54	55-64	65 o más	No Reportado	Total
Cantidad de Personas										

*Para uso exclusivo de la Oficina de Servicios de Asistencia Tecnológica:*

Servicios relacionados a:	Cantidad de Servicios Ofrecidos
Accesibilidad Física	
Acomodo Razonable Evaluados	
Apoyo para la Vida Diaria	
Asistencia Legal/Querellas	
Asistencia para Completar Gestiones	
Asistencia Tecnológica	
Ayuda Económica	
Coordinación con Otras Entidades	
Empleo	
Intérprete de Lenguaje de Señas	
Salud	
Transportación	
Vivienda	
Otros Servicios	