

Accesibilidad Para Personas Con Discapacidad
Solicitud Para Especialista Certificado en Acceso

Certified Access Specialist (CASp) Assessment Application

Nombre del Solicitante: _____
(Señale categorías que apliquen) __ Propietario __ Dueño de Negocio __ Persona Autorizada (Especifique: _____)
Tel: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del Negocio: _____
Domicilio: _____ San Francisco, CA Zona Postal: _____
(Si es diferente al de arriba) Tel: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____
Años en Negocio: _____ Tipo de Negocio: _____ Propiedad: __ Propia __ Rentada
Tamaño en Pies Cuadrados: _____ (Si Renta) Comienzo de Contrato: _____ Final de Contrato: _____

Información Sobre el Dueño del Negocio (Si es diferente a la de arriba):
Nombre: _____ Tel/Fax: _____ Correo Electrónico: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Información del Propietario (Si es diferente a la de arriba):
Nombre: _____ Tel/Fax: _____ Correo Electrónico: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

1. ¿Han demandado a su negocio/propiedad por no cumplir los requisitos de accesibilidad para personas con discapacidad? Sí No

(Si respondió Sí): ¿Fecha de la Demanda? _____ ¿Resolvió y Cerró el Caso? Sí y Fecha: _____ No

2. ¿Ha mejorado a su negocio/propiedad para cumplir con los requisitos de accesibilidad para personas con discapacidad? Sí No

(Si respondió Sí): ¿Que mejoras hizo? _____

Por Favor de Entregar los Sigüientes Documentos con su solicitud:

- ✓ Descripción de su negocio, producto y/o servicios proveídos por su negocio
- ✓ Prueba de licencia de negocio y seguro de negocio

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** _____

Favor de completar la solicitud y entregar con la documentación requerida a:
Northeast Community Federal Credit Union
683 Clay Street, San Francisco, CA 94111
Fax: (415) 434-0715