

Hola, mi nombre es _____

Debo informarle que no hablo ingles/o no puedo hablar.

Mi idioma **principal** es _____

y necesito un **interprete** _____

Mis derechos:

- Deseo Permanecer en Silencio y no tener mas contacto con usted.
- Deseo hablar con un abogado antes de contestar sus preguntas.
O yo tengo un **abogado lawyer** y quiero que el/ella este presente.
- **NO doy consentimiento para entrada o para busqueda de en estas instalaciones.**
- **NO firmare ningun documento que no entienda.**
- Deseo solicitar una modificacion razonable basada en mi discapacidad, y proporcionare la razon por la cual la **modificacion es necesaria.**



ACCESS
LIVING



Illinois Coalition for Immigrant and Refugee Rights (ICIRR) Helpline: 1-855-435-7693

Bajo las leyes federales y estatales* soy una persona con una discapacidad física y tengo el derecho a:

Adaptaciones/modificaciones razonables que pueden incluir, entre otras:

- Acceso a dispositivos de movilidad personal (silla de ruedas, baston, andador, etc.).
- Baños, regaderas y camas accesibles.
- Acceso a medicamentos y/o tratamientos adecuados.
- Protección contra temperaturas extremas debido a problemas con la regulación de la temperatura.
- *Si es necesario, esposas holgadas debido a problemas de circulación.*

Otro: _____

* Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Derechos Humanos de Illinois.

Hola, mi nombre es _____

Debo informarle que no hablo ingles/o no puedo hablar.

Mi idioma **principal** es _____

y necesito un **interprete** _____

Mis derechos:

- Deseo Permanecer en Silencio y no tener mas contacto con usted.
- Deseo hablar con un abogado antes de contestar sus preguntas.
O yo tengo un **abogado lawyer** y quiero que el/ella este presente.
- **NO doy consentimiento para entrada o para busqueda de en estas instalaciones.**
- **NO firmare ningun documento que no entienda.**
- Deseo solicitar una modificacion razonable basada en mi discapacidad, y proporcionare la razon por la cual la **modificacion es necesaria.**



ACCESS
LIVING



Illinois Coalition for Immigrant and Refugee Rights (ICIRR) Helpline: 1-855-435-7693

Bajo las leyes federales y estatales* soy una persona sorda o con problemas de audición o sordo-ciega y tengo derecho a:

Comunicación efectiva y adaptaciones/modificaciones razonables.
que pueden incluir, pero no se limitan a:

- Acceso a aparatos auditivos.
- Acceso a un Interpretete de Lenguaje de Señas, un Interpretete Certificado para sordos (CDI), o un equipo de personas sordas/oyentes.
- Videoteléfonos o teléfonos subtítulos que me permitan comunicarme con mi familia, abogado, y/o defensor .
- De ser necesario, deberán esposarme por delante para que aún pueda comunicarme mediante lenguaje de senas o escribiendo notas.

Otro:

***Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Derechos Humanos de Illinois.**

Hola, mi nombre es _____

Debo informarle que no hablo ingles/o no puedo hablar.

Mi idioma **principal** es _____

y necesito un **interprete** _____

Mis derechos:

- Deseo Permanecer en Silencio y no tener mas contacto con usted.
- Deseo hablar con un abogado antes de contestar sus preguntas.
O yo tengo un **abogado lawyer** y quiero que el/ella este presente.
- **NO doy consentimiento para entrada o para busqueda de en estas instalaciones.**
- **NO firmare ningun documento que no entienda.**
- Deseo solicitar una modificacion razonable basada en mi discapacidad, y proporcionare la razon por la cual la **modificacion es necesaria.**



ACCESS
LIVING



Illinois Coalition for Immigrant and Refugee Rights (ICIRR) Helpline: 1-855-435-7693

Bajo las leyes federales y estatales* soy una persona con una discapacidad cognitiva y tengo derecho a:

Adaptaciones/modificaciones razonables que pueden incluir, entre otras:

- Lenguaje, imágenes y símbolos simples y claros.
- Tiempo adicional para procesar la información y responder.
- Preguntas concretas y comprobaciones de comprensión.
- Tecnología de asistencia.
- Acceso a un facilitador o defensor cognitivo.

Otro: _____

***Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Derechos Humanos de Illinois.**

Hola, mi nombre es _____

Debo informarle que no hablo ingles/o no puedo hablar.

Mi idioma **principal** es _____

y necesito un **interprete** _____

Mis derechos:

- Deseo Permanecer en Silencio y no tener mas contacto con usted.
- Deseo hablar con un abogado antes de contestar sus preguntas.
O yo tengo un **abogado lawyer** y quiero que el/ella este presente.
- **NO doy consentimiento para entrada o para busqueda de en estas instalaciones.**
- **NO firmare ningun documento que no entienda.**
- Deseo solicitar una modificacion razonable basada en mi discapacidad, y proporcionare la razon por la cual la **modificacion es necesaria.**



ACCESS
LIVING



DITI
Disability &
Immigration
Taskforce of
Illinois

Est. 2007

Illinois Coalition for Immigrant and Refugee Rights (ICIRR) Helpline: 1-855-435-7693

Bajo las leyes federales y estatales* soy una persona con una discapacidad de salud a mental y tengo derecho a:

Adaptaciones/modificaciones razonables que pueden incluir, entre otras:

- Acceso a medicamentos y/o tratamientos adecuados.
- Acceso a un profesional de salud mental.

Otro:

***Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Derechos Humanos de Illinois.**

Hola, mi nombre es _____

Debo informarle que no hablo ingles/o no puedo hablar.

Mi idioma **principal** es _____

y necesito un **interprete** _____

Mis derechos:

- Deseo Permanecer en Silencio y no tener mas contacto con usted.
- Deseo hablar con un abogado antes de contestar sus preguntas.
O yo tengo un **abogado lawyer** y quiero que el/ella este presente.
- **NO doy consentimiento para entrada o para busqueda de en estas instalaciones.**
- **NO firmare ningun documento que no entienda.**
- Deseo solicitar una modificacion razonable basada en mi discapacidad, y proporcionare la razon por la cual la **modificacion es necesaria.**



ACCESS
LIVING



DITI
Disability &
Immigration
Taskforce of
Illinois

Est. 2007

Illinois Coalition for Immigrant and Refugee Rights (ICIRR) Helpline: 1-855-435-7693

Bajo las leyes federales y estatales* soy una persona que esta en Espectro del Autismo y/o alguien con un desorden sensorial y_ tengo derecho a:

Adaptaciones/modificaciones razonables que pueden incluir, entre otras:

- Reducción de la información sensorial (luces, sonido, tacto, etc.).
- Lenguaje breve y directo, imágenes, elementos visuales y símbolos.
- Tiempo adicional para procesar la información y responder.
- Acceso a alguien familiarizado con el autismo y los trastornos sensoriales
- Capacidad para sujetar objetos no violentos.
- Si es necesario, esposas holgadas por problemas sensoriales.

Otro: _____

***Title II of the Americans with Disabilities Act, Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, and the Illinois Human Rights Act.**