



**SOLICITUD DE DISPENSA  
OFICINA DE ORGANISMOS REGULADORES**

<b>Información del Solicitante</b>	
<b>Nombre del Solicitante:</b>	
<b>Teléfono del Solicitante:</b>	<b>Correo electrónico del Solicitante:</b>
<b>Lugar de empleo:</b>	<b>Puesto que ocupa:</b>
<b>Información de la Institución en la que está ubicado o se intenta ubicar al participante</b>	
<b>Nombre de la Institución:</b>	
<b>Número de licencia de la Institución emitida por ASSMCA:</b>	
<b>Municipio donde ubica:</b>	
<b>Información del participante</b>	
<b>Nombre del participante:</b>	
<b>Edad del participante:</b>	<b>Sexo del participante:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>¿La ubicación es o será subvencionada por alguna agencia de Gobierno?</b> <input type="checkbox"/> Departamento de la Familia <input type="checkbox"/> ASSMCA <input type="checkbox"/> Otra: _____	

**Razón que justifique la solicitud de dispensa (Puede añadir documentos complementarios junto con este formulario. Ejemplo: orden o recomendación médica):**

Empty box for providing the justification for the dispensa request.

**Firma del solicitante:**

-----

**ADVERTENCIAS:**

La aprobación o denegación de la dispensa se notificará por escrito al solicitante o a la institución mediante correo electrónico. La denegación no significa que la persona interesada pueda presentar una nueva solicitud para otra institución proveedora. La aprobación y expedición de una dispensa no significa que la ASSMCA asume la responsabilidad por la ubicación del participante en la institución proveedora, excepto en aquellos casos donde la dispensa sea solicitada por la misma Agencia, en cuyo caso la responsabilidad recaerá sobre la oficina o programa que solicitó la ubicación del participante. La determinación de dispensa es inapelable y no está sujeta a revisión administrativa.

**Una vez sea cumplimentado, envíe este formulario a:**  
[mmatos@assmca.pr.gov](mailto:mmatos@assmca.pr.gov) y [info.oor@assmca.pr.gov](mailto:info.oor@assmca.pr.gov)