



## Formulario de solicitud de adaptación de teléfono VoIP para empleados

Sección 1: A ser completada por el EMPLEADO o el PREPARADOR	
Nombre del empleado:	Correo electrónico del empleado:
Nombre del preparador (si no es el empleado):	Teléfono del empleado:
¿Tiene usted (el empleado) acceso limitado al correo electrónico? Las notificaciones oficiales sobre este informe se enviarán por correo electrónico. Si usted tiene acceso limitado o no tiene acceso a correo electrónico deberá proporcionar una dirección de correo postal. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dirección del empleado:	Ciudad/Estado del empleado:
Puesto de trabajo del empleado:	Departamento del empleado:
Nombre del supervisor del empleado:	
Yo (el empleado) certifico que he leído y comprendo la información proporcionada en esta solicitud, y confirmo que es verdadera a mi leal saber y entender.	
Yo (el empleado) entiendo que la universidad se reserva el derecho de solicitar documentación médica para verificar la existencia de una discapacidad y evaluar de forma adecuada la afección, las limitaciones funcionales o la solicitud de adaptación razonable. Los empleados pueden consultar con el Coordinador de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) para averiguar si se requiere el Formulario de declaración médica para su solicitud. Si se requiere información adicional para determinar si la persona tiene una discapacidad definida por la ADA o para ayudar a determinar una adaptación funcional razonable efectiva, el Coordinador de la ADA se comunicará con el proveedor de atención médica.	
Firma del empleado:	Fecha:
Firma del preparador (si no es el empleado):	Fecha:

**La Ley de No Discriminación por Información Genética (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA) de 2008** prohíbe que los empleadores y otras entidades incluidas en el Título II de la Ley GINA soliciten o requieran información genética de una persona o un miembro de la familia de la persona, excepto que esté específicamente permitido por esta ley. Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. La "información genética", según la define la ley GINA, incluye los antecedentes médicos familiares, los resultados de pruebas genéticas de una persona o un miembro de su familia, el hecho de que una persona o un miembro de su familia hayan solicitado o recibido servicios genéticos, y la información genética del feto en el vientre de una persona o de un miembro de su familia, o de un embrión en posesión legítima de la persona o de un miembro de su familia que recibe servicios de reproducción asistida.

Sección 2: A ser completada por el empleado o el PREPARADOR	
<b>Una vez que el formulario esté completo, fírmelo y entréguelo personalmente, o envíelo por fax a la Oficina de Igualdad de Oportunidades y Cumplimiento de University of Arkansas, 479.575.7637, o escanéelo y envíelo por correo electrónico a <a href="mailto:access@uark.edu">access@uark.edu</a>.</b>	
1. ¿Es la solicitud urgente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>



Si la respuesta es sí, explique por qué la solicitud es urgente:

2. Solicitud de adaptación de teléfono con servicio de llamadas de voz sobre IP (Voice over IP, VoIP): ¿Usa actualmente un dispositivo que lo ayude a usar teléfonos analógicos (teléfonos que no tienen servicio de VoIP)? Sí  No

3. Si la respuesta es sí, describa con el mayor detalle posible cómo utiliza actualmente su teléfono (auriculares, micrófonos, lectores de pantalla u otros dispositivos, etc.).

4. Si la respuesta es no, describa qué tipo de adaptación o equipo necesita para utilizar el teléfono con servicio de VoIP. Mencione si existe un obstáculo físico que le impida acceder a su teléfono.