



Formulario de solicitud de adaptación por discapacidad para empleados

Sección 1: A ser completada por el EMPLEADO	
Nombre:	Correo electrónico:
<p>¿Tiene 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"/></p>	
Dirección:	Ciudad/Estado:
Puesto:	Departamento:
Nombre del supervisor:	
<p>Certifico que he leído y comprendo la información proporcionada en esta solicitud, y confirmo que es verdadera a mi leal saber y entender.</p> <p>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.</p>	
Firma del 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
<p>Una vez que el formulario esté completo, firmelo 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 access@uark.edu.</p>
<p>1. ¿Tiene una discapacidad física o mental? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>a. <i>Si la respuesta es sí</i>, indique el nombre de la discapacidad (diagnóstico) o afección médica.</p>



Sección 2: A ser completada por el empleado

2. Revise la descripción de su puesto de trabajo. A partir de lo enumerado en la descripción de su puesto trabajo, ¿a cuáles beneficios del empleo no puede acceder o cuáles funciones esenciales de trabajo no puede realizar debido a sus limitaciones?

3. Explique cómo la discapacidad (diagnóstico) o afección médica mencionada anteriormente afecta su capacidad para realizar las funciones esenciales de su trabajo o acceder a un beneficio del empleo.

4. ¿Puede desempeñar las funciones esenciales enumeradas en la descripción del puesto de trabajo proporcionada con una adaptación razonable, o sin ella?

Sí, con una adaptación razonable.

Sí, sin una adaptación razonable.

No, no puedo desempeñar mis funciones esenciales con una adaptación razonable o sin ella.

a. Si la respuesta es **no**, ¿cuánto tiempo permanecerá sin poder desempeñar las funciones esenciales de su trabajo?

Cantidad de días

Cantidad de semanas

Cantidad de meses

Permanentemente

5. ¿Tiene alguna sugerencia sobre las posibles adaptaciones que le permitirían desempeñar las funciones esenciales de su trabajo o acceder a los beneficios del empleo?

Sí No

a. Si la respuesta es sí, ¿qué adaptaciones o ajustes en el entorno de trabajo o en las responsabilidades del puesto le permitirían desempeñar las funciones esenciales de su trabajo o acceder a los beneficios del empleo? *Sea específico. Por ejemplo, límites de peso y tiempo para restricciones de movilidad, características funcionales para equipos de oficina, etc.* (adjunte páginas adicionales si es necesario).



Sección 2: A ser completada por el empleado

b. Si la respuesta es **sí**, ¿durante cuánto tiempo necesitará la adaptación para desempeñar las funciones esenciales de su trabajo?

Cantidad de días

Cantidad de semanas

Cantidad de meses

Permanentemente

6. ¿Ha tenido anteriormente alguna adaptación para esta misma limitación?

Sí

No