

ANEXO #1

**ACTA AMERICANS WITH DISABILITIES
SOLICITUD PARA ADAPTACIONES RAZONABLES**
(Americans with Disabilities Act – Reasonable Accommodation Request)

Instrucciones Para Un Empleado Que Solicite Adaptaciones

- Luego de recibir este paquete, por favor, firme, coloque la fecha y desprenda la forma Solicitud para Adaptaciones suministrada en la parte inferior de esta hoja con instrucciones. **Deje la Forma Acuse de Recibo únicamente con su Director /Jefe del Departamento o su Supervisor inmediato.**
- Llene la forma Solicitud para Adaptaciones Razonables (ADA form 4702) y devuélvala a *Equal Educational Opportunities Department, 14° Piso, KCW Building*, dentro de los diez (10) días hábiles de la fecha de recibo del paquete.
- Una vez recibido, el *EEO Department* contactará a su Supervisor inmediato para escuchar sus sugerencias. Si es necesario, se programará una reunión entre usted, su supervisor, y el *EEO Department*.
- Dentro de los treinta (30) días de recibo de los documentos relevantes, incluyendo la información de su médico o del especialista de su salud, el *EEO Department* le informará a usted y al Director/Jefe del Departamento o su Supervisor inmediato sobre sus hallazgos y recomendaciones.

Las preguntas respecto a este proceso deben dirigirse a *Equal Educational Opportunities Department* al (754) 321-2150.

**Solicitud para Adaptaciones
Forma para Acuse de Recibo**
(Request for Accommodation – Acknowledgement Form)

Supervisor: Por favor llene y envíe (**solamente la parte inferior**) a *Equal Educational Opportunities Department, 14° Piso, KCW Building*.

Fecha: _____ Nombre del Empleado: _____

Firma del Empleado: _____ Escuela/Departamento: _____

Nombre del Supervisor: _____ No. Teléfono: _____

Firma del Supervisor: _____

(Spanish)

Rev. 1/9/02, 1/28/03, 9/15/08

BFLE<S#26/rg/08/05>

ACTA AMERICANS WITH DISABILITIES
SOLICITUD PARA ADAPTACIONES RAZONABLES
(Americans with Disabilities Act - Reasonable Accommodation Request)
(Para ser llenado por el empleado)

Esta sección contiene información confidencial y debe mantenerse por separado en el archivo personal. Conteste cada una de las siguientes preguntas en las páginas uno y dos (si es necesario, anexe una hoja separada). Una vez llenado, por favor envíelo a *Equal Educational Opportunities Department, 14° Piso, KCW Building*, dentro de los diez (10) días hábiles de su recibo.

Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial 2º Nombre) _____

Trabajo Actual _____ Escuela/Departamento _____

Localización del Trabajo _____ Teléfono del Trabajo _____

Nombre/Título del Director/Jefe del Departamento _____

Número del Teléfono _____

Para ser elegible para una adaptación razonable bajo el *Americans with Disabilities Act*, usted debe tener un impedimento que limite substancialmente una actividad importante de su vida.

1. Por favor describa su impedimento y cómo le limita una actividad importante de su vida.

2. ¿Qué actividades del trabajo no puede usted ejecutar debido a las limitaciones funcionales por el impedimento? Explique cómo su impedimento le previene de ejecutar estas actividades.

3. ¿Qué tipo de adaptaciones necesita usted para poder desempeñar su trabajo?

Nota: De acuerdo a *Equal Employment Opportunity Commission Enforcement Guidance*:

*“La reasignación a otra posición se considerará **Únicamente** cuando una adaptación no sea posible en el trabajo actual o cuando una adaptación en el trabajo actual del empleado causaría penurias innecesarias (undue hardship).”*

4. ¿Estará usted en capacidad de ejecutar las funciones esenciales de su trabajo actual si usted recibe esta adaptación?

5. Por favor proporcione cualquier otra información y sugerencia que usted pueda tener sobre cómo se puede proveer esta adaptación. Incluya, si es aplicable, los nombres, direcciones, y números telefónicos de los proveedores, y, de ser posible, los números de modelo de cualquier equipo especificado anteriormente.

De ser necesario, podemos pedirle a su médico o su especialista médico información concerniente a su discapacidad respecto a las limitaciones como consecuencia de su discapacidad?

Si _____ No _____

Firma del Empleado _____ Fecha _____

Por favor haga una lista con los nombres, direcciones y los números de teléfono de los especialistas en cuidado de la salud que tienen un buen conocimiento de su discapacidad.

(Nota: El rehusar a proveer los documentos concernientes a su discapacidad podría resultar en el rechazo de su solicitud de adaptaciones razonables.)

BFLE<S#26/rg/08/05>

Únicamente para Uso del *EEO Department*
SOLICITUD PARA UNA ADAPTACION RAZONABLE
(Request for Reasonable Accommodation)

Nombre del Empleado _____ Departamento/Escuela _____

Solicitud Aprobada: _____ Solicitud Negada: _____

Adaptación(es) Aprobada(s):

Razón(es) para la Negación:

Comentarios Adicionales:

(Spanish)

Firma del Director de EEO

Fecha

ADA form 4702
Rev. 1/9/02, 1/28/03, 9/15/08

BFLE<S#26/rg/08/05>