



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ADAPTACIÓN DE EMPLEO

La siguiente información es necesaria si desea hacer una solicitud formal para una adaptación específica relacionada con el empleo. Todas las solicitudes se tratan como información confidencial y se considerarán caso por caso. Las adaptaciones razonables se definen como aquellos cambios o adaptaciones necesarias para los empleados con discapacidades que califican para desempeñar funciones esenciales del trabajo.

En la mayoría de los casos, se le pedirá que proporcione documentación de su discapacidad de un profesional médico calificado. DPRC también puede solicitar una copia de su descripción de posición de registro con el fin de determinar con usted cuáles funciones esenciales necesitan adaptación. Para obtener más información, visite: http://access.sfsu.edu/content/employee-accommodations

A. Información de contacto

Nombre \_\_\_\_\_ Identificación de empleado \_\_\_\_\_

Dirección de casa \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado [ ] Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Correo electrónico [ ]

Método Preferido de Contacto (marque todo lo que [ ] Casa [ ] Móvil [ ] Trabajo [ ] Correo electrónico)

Instrucciones especiales: (Por ejemplo, no deje mensajes en el teléfono de trabajo, etc.) \_\_\_\_\_

B. Información del empleado

Estado de Empleo: [ ] Facultad [ ] Personal [ ] Exento [ ] Tiempo completo [ ] Tiempo parcial [ ] No exento

Título del puesto \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_ Edificio/Salón \_\_\_\_\_

Colegio / División \_\_\_\_\_

Supervisor Directo \_\_\_\_\_

Título del Supervisor \_\_\_\_\_

Teléfono del Supervisor \_\_\_\_\_

Correo electrónico del Supervisor \_\_\_\_\_

*En este formulario, Supervisor Directo se refiere a su supervisor inmediato o gerente, es decir, Decano, Presidente, MPP o líder de trabajo*

### C. Información de solicitud de adaptación de empleo

Indique y describa la discapacidad/condición(es) de salud para la cual está solicitando adaptación(es)

Duración de la discapacidad: (Marque una)

Temporal

Permanente

¿Ha solicitado adaptación a su supervisor directo?

Si

No

¿Está usando algún programa de licencia por discapacidad a través de recursos humanos tales como Seguro de Discapacidad no Industrial (NDI), Licencia Familiar y Médica (FML), etc.?

Si

No

En caso afirmativo, indique el programa que está utilizando.

¿Tiene usted una reclamación de compensación de trabajadores abierta o pendiente) por esta(s) condición(es)?

Si

No

Mi reclamación se completó o cerró

Si su reclamación está completada, por favor especifique las modificaciones/adaptaciones que recibe a través de la Compensación de Trabajadores

**Bajo ADA, una discapacidad es una "discapacidad física o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida de tal individuo". Las actividades principales de la vida son funciones como realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar. Esta lista de actividades principales de la vida pretende ser ilustrativa y no exhaustiva.**

¿Qué limitación importante de la actividad de la vida está afectando su capacidad de realizar su trabajo?

¿Qué deberes laborales, si los hay, están siendo afectados?

Me gustaría aprender acerca de/solicitar las siguientes adaptaciones razonables

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Equipo de Adaptación (auriculares, teclado ergonómico, etc.)              | <input type="checkbox"/> Reestructuración del trabajo         |
| <input type="checkbox"/> Tecnología de Asistencia (JAWS, ZoomText, Dragon NaturallySpeaking, etc.) | <input type="checkbox"/> Asistente de estudiante              |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Ergonómica   | <input type="checkbox"/> Subtítulos de Medios                 |
| <input type="checkbox"/> Conversión de documentos (por ejemplo, electrónica, audio, etc.)          | <input type="checkbox"/> Servicios de Movilidad/Traslado      |
| <input type="checkbox"/> Estacionamiento de Campus Modificado                                      | <input type="checkbox"/> Intérprete/Subtítulos en tiempo real |
| <input type="checkbox"/> Horario de trabajo modificado   | <input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique)         |

Por favor describa cómo estas adaptaciones le ayudarán en el lugar de trabajo.

**\*Tenga en cuenta que su solicitud, si se aprueba, se finalizará a través de una carta de adaptación de DPRC y una reunión interactiva de adaptación con usted y su gerente de registro.**

**Firma del empleado**

**Fecha**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor proporcione cualquier verificación(es) médica o profesional de discapacidad a los Programas de Discapacidad y el Centro de Recursos, Adaptaciones para Empleados, Edificio de Servicios a Estudiantes 110. Para obtener más información o aclaraciones, comuníquese con Austin Esposito-Vigil, Subdirector, llame al **(415) 338-2377** ó [dprcemp@sfsu.edu](mailto:dprcemp@sfsu.edu). Página web: <http://access.sfsu.edu/content/employee-accommodations>

Guarde una copia de este formulario para sus registros.