



**UNIVERSIDAD DE TEXAS EN EL PASO
 PETICION DEL EMPLEADO PARA FACILIDADES
 EN EL ÁREA DE TRABAJO EN RAZON DE DISCAPACIDAD**

Este formato es el primer paso en el proceso de Solicitud de Peticion del empleado para Facilidades en el área de trabajo en razón de discapacidad de acuerdo a la política de la Universidad sobre “Facilidades en el área de trabajo para personas discapacitadas”. Las facilidades se definen como una modificación o ajuste razonable al proceso de aplicación de trabajo o al área de trabajo que permiten que una persona calificada con una discapacidad pueda desempeñar las funciones principales del mismo. Para determinar si usted califica para las facilidades en base a la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA por sus siglas en inglés), la Universidad le pedirá que firme el Formato de Divulgación de Información que permite que la Universidad hable sobre su condición médica con su Proveedor de salud. Tener una condición médica en sí, no le da derecho a calificar para las facilidades de acuerdo a la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades. La ADA define a una persona discapacitada como aquella persona que tiene una discapacidad física o mental que limita considerablemente una o más de las actividades básicas, una persona que tiene un historial o antecedentes de una discapacidad tal, o una persona que es percibida por otros como alguien que tiene una discapacidad tal. La definición de una limitación considerable es el impedimento que evita el desempeño de una actividad cotidiana esencial que el promedio de las personas en general puede desarrollar o una restricción importante en cuanto a la condición, forma, duración o término en los que un individuo pueda desarrollar una actividad cotidiana en particular, en comparación con el promedio general de las personas. Para determinar si un individuo tiene una limitación considerable en una actividad cotidiana básica deberán tomarse en cuenta las medidas que pueden corregir o mitigar un impedimento físico o mental y los efectos de las mismas.

La Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades requiere que la Universidad maneje la información médica del empleado en forma confidencial, sin embargo, permite que se informe a determinadas personas sobre su condición médica, según se requiera. Entre ellas se incluye a su(s) gerente(s) o supervisor(es), personal de recursos humanos, de seguridad y primeros auxilios, personal que investigue el cumplimiento a la ADA y otras personas que requieran saberlo. La ley no le prohíbe hablar en forma voluntaria de su condición o información médica.

Yo, _____ (anote su nombre en letra de molde), estoy solicitando que la Universidad me proporcione las facilidades de trabajo que considere razonables de acuerdo a Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades. Entiendo que tengo la capacidad de desarrollar las funciones esenciales de mi trabajo con o sin facilidades.

Puesto _____

Departamento _____

Teléfono Trabajo _____ Teléfono Casa _____

Dirección de correo electrónico _____

Supervisor inmediato _____ Teléfono Supervisor _____

Describa brevemente su trabajo _____

¿Cuál es su condición médica? (Especifique la(s) condición (es) que afecte(n) su trabajo y por la(s) que está solicitando las facilidades.



¿Es permanente esta condición? Sí No

Si esta condición no es permanente ¿Cuánto tiempo durará? _____ (fecha)

¿Toma algún medicamento o usa algún otro tipo de ayuda para sobrellevar su condición? Sí No

Si su respuesta es “sí,” Explique por favor _____

Los medicamentos o ayuda que usted utiliza ¿tienen algún efecto secundario que afecte el desempeño de su trabajo?

Sí No

Si su respuesta es “sí,” Explique por favor _____

¿Cuáles son las tareas de trabajo que específicamente se vean afectadas por su condición médica?

¿Hay alguna actividad cotidiana importante que su situación médica le impide realizar? Sí No

Si su respuesta es “sí,” Explique por favor _____

¿Qué tipo de facilidades que sean razonables y que le permitan realizar las funciones básicas de su trabajo está usted solicitando? Especifique por favor _____

Firma del Empleado _____

Fecha _____