



UNIVERSIDAD DE TEXAS EN EL PASO
PETICION DEL EMPLEADO PARA MODIFICACIONES
AL ÁREA DE TRABAJO POR RAZON DE DISCAPACIDAD

Este formato es el primer paso en el proceso de su solicitud para la modificación en el área de trabajo por razones de discapacidad bajo la política de la Universidad de Texas en El Paso (UTEP) sobre las “Modificaciones en el área de trabajo para personas discapacitadas”. Las modificaciones se definen como un cambio o ajuste razonable al proceso de solicitud de empleo o al ámbito de trabajo que le permite a una persona que ha sido considerada con una discapacidad para poder desempeñar las funciones esenciales de ese empleo. Con el fin de determinar si usted es apto para las modificaciones bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés), la Universidad le pedirá que firme un Formato de Divulgación de Información que permita que la Universidad discuta sobre su condición médica con su proveedor de salud. El hecho en sí de contar con una condición médica no es suficiente para que usted sea apto para las modificaciones al área de trabajo de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Bajo la ADA, conforme a las modificaciones de la Ley de Enmiendas de la ADA del 2008, un individuo con discapacidad es una persona con un impedimento físico o mental que limita considerablemente una o más de las principales actividades cotidianas, cuenta con un historial de dicho impedimento o se considera que tiene tal impedimento. Una limitación considerable se define como un impedimento que impide el desempeño de una actividad cotidiana básica que una persona promedio en la población en general puede desarrollar o una restricción importante en cuanto a la condición, forma, duración o término bajo los que un individuo pueda desempeñar una actividad cotidiana principal en particular en comparación con una persona promedio en la población en general.

La Ley de Estadounidenses con Discapacidad, modificada por la Ley de Enmiendas de la ADA del 2008, requiere que la Universidad mantenga la información médica de manera confidencial. Sin embargo, la ley permite que ciertos individuos sean informados acerca de su condición según se necesario. Entre ellos se incluye a su(s) gerente(s) o supervisor(es), el personal de recursos humanos, el personal de primeros auxilios y seguridad, el personal que investigue el cumplimiento con la ADA y a otras personas que requieran saberlo. La ley no le prohíbe discutir su condición o información médica de forma voluntaria.

Yo, _____ (nombre en letra de molde), solicito que la Universidad me proporcione las modificaciones del área de trabajo que considere razonables de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Entiendo que debo tener la capacidad de para desempeñar las funciones esenciales de mi empleo con o sin estas modificaciones.

Información del Solicitante			
Información del Solicitant	Calle:		
	Ciudad, Estado, Código Postal:		
Puesto			
Departamento			
Eid / 800#		Dirección de correo electrónico	
Teléfono de trabajo		Teléfono de Casa/Celular	
Supervisor inmediato		Teléfono del Supervisor	
Describa brevemente las funciones de su empleo			



**UNIVERSIDAD DE TEXAS EN EL PASO
PETICION DEL EMPLEADO PARA MODIFICACIONES
AL ÁREA DE TRABAJO POR RAZON DE DISCAPACIDAD**

Favor de responder las siguientes preguntas:

- (1) ¿Cuál es su condición médica? (Especifique la(s) condición(es) que afecte(n) sus funciones y por la(s) que está solicitando las modificaciones al área de trabajo.)

- (2) ¿Es esta condición permanente? Sí No

Si esta condición no es permanente, ¿Cuál es el tiempo de duración? ___/___/___ (fecha)

- (3) ¿Toma medicamento o usa otro tipo de ayuda para sobrellevar su condición? Sí No

Si su respuesta es “Sí”, por favor explique:

- (4) Los medicamentos o ayuda que usted utiliza ¿tienen algún efecto secundario que afecte su capacidad para desempeñar su trabajo? Sí No Si su respuesta es “Sí”, por favor explique:

- (5) ¿Cuáles son las tareas específicas de trabajo que se ven afectadas por su condición médica?

- (6) ¿Hay alguna actividad cotidiana importante que usted no puede realizar o que se vea restringida de manera considerable debido a su condición médica? Sí No Si su respuesta es “Sí”, por favor explique:

- (7) ¿Cuáles son las modificaciones razonables que usted solicita y que le permitan realizar las funciones básicas de su empleo? Favor de especificar:

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

****Please ensure to complete all pages of the Employee Request for Accommodations Form, this entails an Authorization of Release of Medical Information on the following page.****



**UNIVERSIDAD DE TEXAS EN EL PASO
PETICION DEL EMPLEADO PARA MODIFICACIONES
AL ÁREA DE TRABAJO POR RAZON DE DISCAPACIDAD**

ADA: Autoizacion al Acceso a la Información Medica

Por medio de la present, autorizo a la Universidad de Texas en El Paso el acceso al a información medica referente a la diagnosis de la condición de salud actual; la cual se relaciona a mi petición para modificaciones al area de trabajo cubierta bajo la Ley de Estadunidenses con Dispacidades (ADA, por sus siglas en inglés).

You are hereby authorized to provide The University of Texas at El Paso with information regarding your findings on the present condition of my health as it relates to my request for accommodation under the Americans with Disabilities Act (ADA).

Firma del empleado / Employee Signature

Fecha / Date

Esta autorización temporal es efectiva el dia ___/___/___, y se mantendrá vigente hasta no ser revocada por el solicitante.

This grant of temporary authority shall begin on ___/___/___, and shall remain effective until terminated by the undersigned.

Información sobre el proveedor de salud	
Nombre del proveedor de salud	
Teléfono del proveedor de salud	
Dirección del proveedor de salud	Calle:
	Ciudad, Estado, Codigo Postal:

Después de que usted haya completado la forma, favor de enviar a la siguiente dirección:

The Equal Opportunity Office
500 W. University Avenue
Kelly Hall, Room 302
(915) 747-5662
O por correo electrónico: eoaa@utep.edu

Las políticas de la Universidad sobre las Modificaciones al Área de Trabajo por Razones de Discapacidad, las puede encontrar en: [Handbook of Operating Procedures, Section VI, Chapter 2](#)

Office Use Only	
Office Stamp Date	Comments:
Received by	