



Rev. septiembre 2019

Solicitud de Acomodo Razonable

Información Personal y Confidencial

Nombre: _____

Seguro Social: XXX-XX-_____

▪ Puesto que ocupa: _____

▪ Lugar de trabajo: _____

▪ Supervisor inmediato: _____

▪ Dirección residencial: _____

▪ Teléfono trabajo: _____

▪ Teléfono residencial: _____

▪ Funciones esenciales del puesto: _____

▪ Funciones marginales: _____

▪ Indique cómo la condición médica o impedimento afecta el desempeño de las funciones esenciales de su puesto: _____

▪ Detalle las funciones del puesto que están afectadas o que no puede realizar debido a su impedimento: _____

- ¿Qué acomodo solicita usted para poder desempeñar las funciones esenciales efectivamente?

- Si el acomodo anterior no fuera factible o posible, indique qué otra alternativa de acomodo es aceptable: _____

- ¿Se ha beneficiado de un acomodo razonable previamente?

○ Sí _____ No _____

○ Explique (si aplica): _____

○ ¿Por qué condición médica, si no es la que se alega, se le concedió un acomodo?

- Mencione alguna información adicional relevante a su petición. (Si es necesario, puede utilizar papel adicional.) _____

✓ Nombre (en letra de molde): _____

✓ Firma del empleado: _____

✓ Fecha de radicación: _____

✓ Fecha en que se entrega y discute con el supervisor: _____

✓ Recibida por: _____

Supervisor

NOTA IMPORTANTE AL SOLICITANTE:

Usted debe ser capaz de desempeñar las tareas esenciales de su puesto, con o sin acomodo. Es su responsabilidad documentar su solicitud, acompañándola de información médica. Cualquier información médica que suministre la Corporación del Fondo del Seguro del Estado y otras fuentes de tratamiento, documentan su petición y se consideran recomendaciones. Es necesario que un especialista en el área, establezca las limitaciones funcionales. Para cumplir con lo estipulado por la Ley, puede ser necesario requerirle que se someta a una evaluación médica.