



ADA Compliance

3100 Marine Street, 2nd Floor 557 UCB

Boulder, CO 80309

(303) 492-9725 (phone)

(303) 496-2330 (fax)

Formulario de Solicitud de Adaptación del Empleado

Este formulario es el paso inicial para el proceso de su solicitud para una adaptación/acomodación bajo la Ley para estadounidenses con discapacidades (*ADA*). Una adaptación es una modificación o ajuste razonable en el lugar de trabajo que le permite a una persona cualificada con una discapacidad para realizar las funciones esenciales de una posición, o disfrutar de los mismos beneficios y privilegios de empleo como los empleados sin discapacidades. Para poder determinar si es elegible para una adaptación bajo la *ADA*, la oficina de Cumplimiento con la *ADA* le pedirá documentación sobre su condición médica.

El tener una condición médica por sí sola no es suficiente para ser elegible para una adaptación. Bajo la *ADA*, una persona con una discapacidad es una persona con un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades importantes en la vida tales como, respirar, comer, dormir, caminar, hablar, realizar tareas manuales, etc.

La *ADA* requiere que la unidad de Cumplimiento de la *ADA* mantenga la información médica confidencial. Sin embargo, la ley le permite al Coordinador de la *ADA* compartir la información sobre su situación médica, en circunstancias limitadas, con personas que se consideran tienen una necesidad legítima de saber acerca de esta información. Estas personas pueden incluir a su(s) supervisor(es), el personal de recursos humanos, el personal de primeros auxilios y de seguridad, el personal que investiga el cumplimiento de la *ADA* y otras personas que se considera que tienen una necesidad legítima de saberlo. La ley no le prohíbe discutir voluntariamente su condición o información médica con otras personas.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre del empleado:

Departamento:

Fecha solicitada:

Posición:

Correo electrónico:

Supervisor:

Teléfono:

Teléfono del Supervisor:

DETALLES DE LA ADAPTACIÓN SOLICITADA

Por favor describa la condición física por la cual está solicitando una adaptación:

Por favor explique cómo la condición médica afecta su habilidad de realizar su trabajo:

Por favor describa la adaptación razonable que está solicitando:

Firma del empleado: _____

Por favor envíe el formulario completo por correo electrónico a adacoordinator@colorado.edu, o por fax al teléfono (303) 496-2330.

O envíelo por correo postal a:

ADA Compliance
Office of Institutional Equity and Compliance University of Colorado
BoulderUCB 557
Boulder, CO 80309