

Solicitud de Adaptación Razonable (Confidencial)

La Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California exige que los empleadores con cinco o más empleados den adaptaciones razonables para que las personas con una discapacidad física o mental hagan las funciones básicas de su trabajo, excepto que esto cause una dificultad excesiva. La ley no exige el uso de este ni de cualquier otro formulario para hacer una solicitud de adaptaciones razonables. Este formulario y cualquier material o información de respaldo es confidencial y debe mantenerse separado del archivo personal de un empleado.

SECCIÓN A (PARA QUE LA COMPLETE EL EMPLEADO)	
NOMBRE DEL EMPLEADO	CLASIFICACIÓN/CARGO
LUGAR DE TRABAJO/SUPERVISOR	NÚMERO DE TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJO
ADAPTACIONES SOLICITADAS (sea lo más específico posible, por ejemplo, equipo de adaptación, lector, intérprete, capacitación, cambio de horario, etc.):	
MOTIVO DE LA SOLICITUD (no revele su diagnóstico; explique sus limitaciones relacionadas con la discapacidad y cómo esta adaptación lo ayudará a hacer su trabajo):	
SU LIMITACIÓN ES: ☐ Permanente ☐ Temporal ☒ No se sabe	FECHA DE RECUPERACIÓN PREVISTA (si corresponde):
¿LA DISCAPACIDAD EXPLICADA ARRIBA ES OBJETO DE UN RECLAMO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES? (Los empleados con lesiones relacionadas con el trabajo también pueden ser elegibles para una adaptación razonable independiente del proceso de compensación del trabajador). ☐ SÍ ☐ NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, FECHA DE PRESENTACIÓN:	
¿SOLICITÓ UN PERMISO FMLA, CFRA, PDL U OTRO EN RELACIÓN CON LA DISCAPACIDAD EXPLICADA ARRIBA? ☐ SÍ ☐ NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, ESPECIFIQUE LO QUE SOLICITÓ Y CUÁNDO:	
CERTIFICO QUE TENGO UNA DISCAPACIDAD QUE NECESITA UNA ADAPTACIÓN RAZONABLE, QUE CUBRIRÁN LAS ADAPTACIONES LISTADAS ARRIBA.	
FIRMA DEL EMPLEADO	FECHA

SECCIÓN B (CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO/PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA)

Cuando la discapacidad de un empleado o la necesidad de adaptaciones no son evidentes o el empleador no sabe de ellas, el empleador puede solicitar una certificación de un proveedor de atención médica que verifique que es necesaria una adaptación. El empleador debe dar al empleado una copia de una declaración de obligaciones laborales para compartir con el proveedor de atención médica.

(Para que lo complete el proveedor de atención médica). Presente una carta o verificación que trate lo siguiente:

1. Verificación de que el empleado tiene una discapacidad (pero no el diagnóstico).
2. Descripción de cómo las limitaciones del empleado afectan la capacidad de hacer las tareas del trabajo e indicación de si estas limitaciones son temporales o permanentes.
 - a. Si son temporales, indique cuándo se espera que terminen.
3. Recomendación de adaptaciones razonables específicas.

(Nota: Use el espacio de abajo o adjunte una carta o verificación, que se mantendrá confidencial. Los empleadores generalmente deben conservar las certificaciones médicas y los documentos relacionados por separado de los archivos de personal habituales).

FECHA DE INICIO DE LA ADAPTACIÓN

FECHA DE FINALIZACIÓN O CONTINUACIÓN DE LA ADAPTACIÓN

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE
ATENCIÓN MÉDICA

FIRMA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

SECCIÓN C (CONVERSACIONES INTERACTIVAS SOBRE EL PROCESO QUE DEBE COMPLETAR EL EMPLEADOR)

1. Documente todas las conversaciones interactivas con el empleado, incluyendo las fechas de las conversaciones, las solicitudes específicas del empleado, los nombres de todas las personas presentes y de lo que se habló. Agregue páginas si es necesario.

Fecha

Notas de las conversaciones

--

--

--

--

2. Mencione todas las posibles adaptaciones razonables identificadas en las conversaciones interactivas y las fortalezas y debilidades de cada una como posibles adaptaciones razonables.

3. Indique la adaptación razonable recomendada y el motivo de su recomendación.

SECCIÓN D (PARA QUE LA COMPLETE EL EMPLEADOR)

LISTA DE ADAPTACIONES ESPECÍFICAS QUE SE DARÁN:

Para cada adaptación solicitada por el empleado que usted niega, explique el motivo de la denegación (puede marcar más de una casilla; agregue páginas si es necesario):

- ☐ Adaptación ineficaz.
- ☐ La adaptación causaría dificultades excesivas. Identifique las dificultades: _____
- ☐ Documentación médica inadecuada.
- ☐ La adaptación exigiría la eliminación de una función laboral básica. Identifique la función: _____
- ☐ La adaptación exigiría una reducción del desempeño o estándar de producción. Identifique el estándar: _____
- ☐ No hay un puesto vacante alternativo disponible. Posiciones consideradas: _____
- ☐ Adaptación alternativa rechazada por el empleado. Identifique las adaptaciones dadas y el motivo del rechazo del empleado: _____
- ☐ Otro (especifique): _____

Más explicaciones/comentarios:

Fecha

Firma

FECHAS

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE
SOLICITUD DE ADAPTACIÓN RAZONABLE

FECHA DE INICIO DE LA ADAPTACIÓN

FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA ADAPTACIÓN

FECHA EN QUE SE PIDIÓ EQUIPO Y QUIÉN LO PIDIÓ
(SI ES NECESARIO)

FECHA EN QUE EL EMPLEADO RECIBIÓ EL EQUIPO

**SECCIÓN E (PARA QUE LA COMPLETE EL EMPLEADOR DESPUÉS DE LA
IMPLEMENTACIÓN DE LAS ADAPTACIONES)**

El empleador debe comunicarse periódicamente con el empleado para asegurarse de que la adaptación sea eficaz. Si la adaptación no es eficaz, debe volver a participar en el proceso interactivo.

Documente todas las conversaciones interactivas con el empleado, incluyendo las fechas de las conversaciones, los nombres de todas las personas presentes, lo que se trató y los próximos pasos si es necesario. Agregue páginas si es necesario.

Fecha	Notas de las conversaciones