Estado Libre Asociado de Puerto Rico
ADMINISTRACION DE LA INDUSTRIA Y EL DEPORTE HIPICO

PROCEDIMIENTO INTERNO DE ACOMODO RAZONABLE

PROCEDIMIENTO INTERNO DE ACOMODO RAZONABLE

ÍNDICE

Introducción----------2

Base Legal----------3

Definiciones----------3

Aplicabilidad----------5

Responsabilidad----------9

Criterios a Evaluarse----------11

Normas Generales----------11

Derecho a Reconsideración y Radicación de Querellas----------15

Cláusula Separabilidad----------17

Cláusula Derogación----------18

Vigencia----------19

Anejos

INTRODUCCIÓN

La Administración de la Industria y el Deporte Hípico establece el Procedimiento Interno de Acomodo Razonable para aspirantes a empleos y a empleados con discapacidad, que garantiza plenamente todos los derechos, beneficios, responsabilidades, acomodos razonables y privilegios en igualdad de condiciones a los de una persona sin discapacidad que solicite servicios en nuestra agencia.

El objetivo de la Administración es no discriminar contra personas con discapacidad cualificados en todas las áreas de empleo y para que se le provea acomodo razonable al ejercer las funciones esenciales del puesto una vez lo solicite el empleado y el aspirante a empleo.

BASE LEGAL

ARTÍCULO I

Este procedimiento interno para la Solicitud y Concesión de Acomodo Razonable, se establece de conformidad con los poderes que otorga la Ley Núm. 83 del 2 de julio de 1987, que crea la Administración de la Industria y el Deporte Hípico, según enmendada y de conformidad con la Ley Núm. 44 de 2 de julio de 1985, según enmendada, la ***(American With Disabilities Act)*** del 26 de julio de 1990, mejor conocida como ADA., Ley Núm. 81 del 27 de julio de 1996, conocida como Ley de Igualdad de Empleo para personas con impedimentos y la Ley 238 de 31 de agosto de 2004, Carta de Derecho para las Personas con Impedimentos.

ARTÍCULO II DEFINICIONES:

1- **Administración** - Se refiere a la Administración de la Industria y el Deporte Hípico, conocido por sus Siglas como A.I.D.H.

2- **Administrador** - Se refiere a el/la Administrador(a) de la Administración de la Industria y el Deporte Hípico.

3. **Acomodo Razonable** - significa el ajuste lógico adecuado o razonable que permita a una persona con impedimento cualificada; ejecutar o desempeñar las funciones esenciales de un puesto. Incluye, pero no se limita a: ajustes en el área o condiciones del trabajo, construcción de

facilidades físicas, adquisición de equipo especializado, así como cualquier otra acción que razonablemente le facilite el ajuste a una persona con limitaciones físicas, mentales o sensoriales en su trabajo y que no representa dificultad excesiva o costo oneroso.

4- **Aspirante a Empleo** - Persona que ha completado una solicitud de empleo en la Administración, y que ha sido citado a comparecer a entrevista ó, a tomar examen.

5- **Condición Ocupacional** - Discapacidad física o mental del empleado para realizar su trabajo. La misma no puede haber sido provocada por hábitos viciosos o mala conducta.

6- **Costo Oneroso** ***(" Undue Hardship")*** - Significa una acción que requiera un gasto o una dificultad excesiva cuando se considera a la luz de: la naturaleza y el costo del acomodo razonable, los recursos económicos de la Administración y el efecto que tendrá el acomodo razonable sobre sus operaciones en la Agencia.

7- **Funciones Esenciales** - Son las tareas fundamentales del empleo o puesto que ocupa la persona con discapacidad. El término no incluye las tareas o funciones marginales del puesto. Al determinar las tareas esenciales del puesto se considerará, entre otras: la descripción y deberes del puesto, la cantidad de tiempo que se utiliza en desempeñar las

funciones y las consecuencias de no requerirle al incumbente del puesto que desempeñe dichas funciones.

8- **OPPI** - Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos es la agencia de gobierno que protege los derechos de la población con impedimentos físicos, mentales o sensoriales y atiende sus problemas, necesidades y reclamos.

9- **Persona con Discapacidad** - Es aquella persona con impedimento físico, mental o sensorial que lo limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida; tiene un historial de un impedimento o es considerado una persona con tal impedimento.

10- **Persona con Discapacidad Cualificada** - es aquella persona con discapacidad que está capacitada para realizar las funciones esenciales de ese empleo con o sin acomodo razonable.

ARTÍCULO III APLICABILIDAD:

Este procedimiento será de aplicación a los aspirantes a empleo y a los empleados de la Administración de la Industria y el Deporte Hípico.

a. Toda persona con discapacidad cualificada que entienda que su condición lo está afectando para realizar o desempeñar alguna de las funciones esenciales del puesto que ocupa. Deberá notificar por escrito, la situación a su supervisor inmediato.

b. Toda persona con discapacidad cualificada deberá indicar cual o cuales son los acomodos razonables que necesita, a los fines de poder ejercer las funciones esenciales del puesto.

1. Si la persona solicita un acomodo razonable pero no puede especificar la naturaleza del mismo, la Administración en conjunto con dicha persona, deberá coordinar la identificación del acomodo apropiado.

c. Someterá toda la evidencia médica necesaria para establecer las limitaciones relativas a su discapacidad.

d. El Supervisor o el Director del Área dentro de los próximos cinco (5) días laborables siguientes luego de cumplimentada la solicitud de acomodo, deberá enviar un informe acompañado de la evidencia médica pertinente a la Oficina de Recursos Humanos.

e. La Oficina de Recursos Humanos dentro del los siguientes cinco (5) días laborables, contados a partir del recibo del Informe del Supervisor o Director del Área deberá rendirle un Informe al (la) Administrador(a) con su recomendación.

f. De ser esas recomendaciones contrarias a lo solicitado por el (la) empleado(a), el Administrador(a), notificará dentro de diez (10) días laborables su determinación por escrito advirtiendo al (la)

empleado(a) su derecho a solicitar reconsideración. El (la) empleado(a) tendrá un término de cinco (5) días laborables a partir de tal notificación para solicitar dicha reconsideración, la cual deberá presentarse ante la Oficina de Asesoramiento Legal.

g. La Oficina de Asesoramiento Legal citará al (la) empleado(a) a una vista informal en el término de cinco (5) días laborables contados a partir de la solicitud de reconsideración. Celebrada la vista el (la) Director(a) de la Oficina de Asesoramiento Legal o la persona que éste designe rendirá un informe al Administrador(a) dentro de los quince (15) días laborables el cual contendrá determinaciones de hecho y conclusiones de derecho y sus recomendaciones.

h. El Administrador(a) notificará su determinación al empleado cualesquiera que sea dentro de los diez (10) días laborables a la fecha en que se reciba el informe, advirtiéndole de su derecho a apelar dentro de treinta (30) días calendarios a partir de la notificación de la acción o decisión objeto de apelación ante la Comisión Apelativa del Sistema de Administración de Recursos Humanos (CASARH). Le advertirá además de su derecho a una vista adjudicativa ante un Oficial Examinador conforme a los procedimientos establecidos en las

Reglas de Procedimientos en las Vistas Administrativas (Ley Núm. 2 de 27 de septiembre de 1985, Artículo 10-13) ante la Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos (OPPI). En caso de no estar conforme con tal determinación, el empleado tendrá el término de treinta (30) días calendarios para apelar ante el foro administrativo que escoja.

i. En el caso de los aspirantes a empleo cualificados, éstos notificarán al (la) Director(a) de Recursos Humanos la necesidad de acomodo razonable de tener que tomar el examen escrito para el puesto que solicita o durante la entrevista. La Administración de la Industria y el Deporte Hípico tendrá disponible la forma de solicitud de preferencia para personas con discapacidad (Anejo 2) y el formulario con la Información para Solicitud de Acomodo Razonable (Anejo 3).

j. Para efectos de este procedimiento no serán consideradas las siguientes personas con impedimentos:

1. Homosexuales y bisexuales, travestístas, pedófilos, transexuales, exhibicionistas, desordenes de identidad sexual que no son productos de impedimentos físicos o cualquier otro desorden de la Conducta Sexual.

2. Los Apostadores Compulsivos, Cleptómanos y Piromaniacos.

3. Los adictos activos al uso de drogas ilegales, según se definen en la Ley de Sustancias Controladas Estatal y Federal. De igual modo quedan excluidos los alcohólicos activos.

ARTÍCULO IV RESPONSABILIDADES:

1. **El (la) Administrador(a) Hípico(a), Directores y Supervisores:**

Serán responsables de velar por el fiel cumplimiento de este procedimiento y tomar las acciones correspondientes.

2. **Empleados o aspirantes a empleos:**

Será responsabilidad de todo empleado o aspirante a empleo poner a la Administración en condición de decidir si concede o no los beneficios de un acomodo razonable. Para ello el empleado o solicitante deberá proveer toda la información que sea requerida antes de que la Administración tome una determinación en su caso. Cualquier incumplimiento con ésta sección libera a la Administración de la Industria y el Deporte Hípico de toda responsabilidad.

3. **La Oficina de Recursos Humanos:**

Será responsable de estudiar cada petición que le sea presentada, procesarla y tomar las determinaciones correspondientes, según se detalla a continuación.

a. Evaluar las funciones y responsabilidades del puesto en relación a la condición de salud del (la) empleado (a).

b. Identificará los acomodos potenciales en consulta con el supervisor, el empleado que solicita el acomodo, y la efectividad de éstos, para que el solicitante pueda llevar a cabo las funciones esenciales del puesto. Tomará en consideración la preferencia de acomodo del solicitante y seleccionará el acomodo más apropiado para el empleado y la Administración.

c. Será responsable de la coordinación de las citas médicas, según sean necesarias o requeridas para hacer el acomodo.

d. Orientará a los solicitantes, mantendrá aparte los expedientes de todos los casos, y dará seguimiento a los acomodos concedidos para asegurarse de su efectividad.

e. Someterá al Administrador las recomendaciones sobre cada petición.

f. Informará a los aspirantes a empleo la determinación sobre cada caso y la transacción de personal que se vaya a efectuar, si alguna.

ARTÍCULO V CRITERIOS A EVALUARSE:

1. Se atenderán y se dará prioridad a los casos tomando en consideración los siguientes criterios:

a. Gravedad demostrada en la condición de salud y las limitaciones del empleado para realizar las funciones esenciales del puesto que ocupa.

b. Las características y necesidades individuales de cada caso en particular y la naturaleza del trabajo.

c. El efecto económico que tendrá el acomodo razonable sobre la operación de la Agencia.

ARTÍCULO VI NORMAS GENERALES:

1. Para la evaluación y tramitación de la solicitud de acomodo razonable, será requisito completar previamente un expediente de cada caso. Ninguna solicitud se tomará en consideración hasta tanto se tenga un expediente completo.

2. Será compulsorio para tramitación del acomodo razonable del empleado el presentar en la Oficina de Recursos Humanos el

formulario "Solicitud de Acomodo Razonable" (Anejo 2) acompañado de una Certificación Médica. (Anejo 10).

a. Deberá proveer una Certificación Médica clara y precisa sobre las limitaciones de su condición, ya sean de naturaleza ocupacional o no. Esto incluye, pero no se limita, a proveer la documentación correspondiente del Fondo del Seguro del Estado y la Comisión Industrial, según sea el caso.

3. Todo empleado o solicitante al firmar la Solicitud para Acomodo Razonable, accederá a someterse a aquellas pruebas que resulten necesarias para la adecuada evaluación por parte de los facultativos que la Administración contrate o refiera, para obtener la información médica pertinente, tanto de médicos particulares como del Fondo del Seguro del Estado o de la Comisión Industrial, según sea el caso.

4. La Administración podrá, discrecionalmente, referir al empleado solicitante a una evaluación médica cuando así lo estime pertinente. El médico determinará la gravedad de la condición de salud reclamada.

5. Será responsabilidad del (la) empleado(a) mantener a la Administración informada sobre el estatus de su caso ante el Fondo

del Seguro del Estado, la Comisión Industrial o cualquier otro organismo pertinente.

6. El (la) Director(a) de Recursos Humanos determinará, previa certificación médica, si la incapacidad reclamada por el solicitante es de carácter parcial, permanente o parcial temporera. De determinarse que la incapacidad es de carácter temporera, se le requerirá al empleado someterse a un proceso de seguimiento y terminada dicha incapacidad regresará a su puesto.

7. El (la) Director(a) de Recursos Humanos determinará, de acuerdo a la condición específica de salud del (la) empleado (a) y a la evidencia médica sometida, si éste puede realizar las funciones esenciales del puesto que ocupa. La determinación se hará luego de considerar la posible modificación o reestructuración del trabajo, la alteración al lugar de trabajo, el equipo, los procedimientos y la eliminación de barreras arquitectónicas. De lo anterior no ser viable se le considerará para un cambio a otro puesto que el empleado cualifique de acuerdo a su condición de salud. Todo lo anterior será considerado siempre y cuando no constituya un costo oneroso para la Administración.

8. La Administración no proveerá modificaciones o ajustes que sean primordialmente para el uso personal del empleado o solicitante tales como espejuelos o audífonos, entre otros.

9. Un empleado podrá beneficiarse de todas aquellas acciones de acomodo razonable o cambio de puesto por una misma condición de salud o agravante de la misma u otras condiciones relacionadas que sean necesarias, siempre y cuando no constituyan un costo oneroso para la Administración.

10. Un empleado podrá rechazar por escrito un ofrecimiento de acomodo razonable por razones médicas que justifiquen tal acción. Este tendrá un término de hasta diez (10) días laborables para someter las justificaciones médicas, a partir de la fecha en que le sea notificado el ofrecimiento de acomodo razonable.

11. En caso de cambio de puesto o traslado, los puestos a ofrecerse serán al mismo nivel del puesto que ocupa el solicitante o de un nivel inferior. El empleado deberá ser cualificado para ocupar el puesto. El salario del empleado no se verá afectado. No se considerarán puestos que conlleven ascenso de existir uno igual o inferior.

12. Si el empleado es ubicado en un puesto al mismo nivel que el que ocupaba anteriormente, pero con funciones sustancialmente distintas a las que realizaba anteriormente, se le asignará el período probatorio requerido a la clase de puesto que pase a ocupar. Del empleado no aprobar el período probatorio por razones exclusivas de ejecutorias, regresará al puesto que ocupaba antes del acomodo razonable.

13. Los puestos de empleados que queden vacantes como resultado de un acomodo razonable no serán cubiertos de forma permanente mientras el empleado se encuentre en el período probatorio del puesto al que fue cambiado.

14. Un empleado no podrá negarse a someterse a una evaluación médica con el facultativo que determine la Administración. El así hacerlo se entenderá que ha desistido de su interés en un acomodo razonable.

15. Los acomodos se concederán tomando en consideración las necesidades particulares de cada caso.

ARTÍCULO VII DERECHO A RECONSIDERACIÓN Y RADICACIÓN DE QUERELLAS:

Toda persona con discapacidad, cuya solicitud de acomodo razonable le sea negada o revocada podrá presentar una reclamación ante el (la)

Director(a) de Recursos Humanos de la Administración; mediante escrito firmado en el que expresa una breve relación de los hechos que dan lugar a su petición y el remedio solicitado con su nombre completo, dirección, teléfono, fecha de su petición de acomodo razonable. La querella podrá presentarse personalmente, por correo, facsímile, o correo electrónico.

Una vez presentado el caso este será evaluado por el (la) Director(a) de Recursos Humanos si se justifica se concederá un remedio y se le notificara por escrito.

De no estar conforme con la determinación del (la) Director(a) de Recursos Humanos o su representante autorizado, o de cualquier empleado o funcionario de la Administración, el reclamante podrá presentar una querella ante el Administrador(a) Hípico(a) dentro de 15 días calendarios a partir de la fecha en que sucedieron los hechos del reclamo.

El (la) Administrador(a) Hípico(a) designará y remitirá a un (a) Oficial Examinador(a).

El (la) Oficial Examinador(a) notificará al querellado sobre el reclamo del querellante, citará a las partes, evaluará los hechos y las respectivas alegaciones y someterá al (la) Administrador(a) Hípico(a) un

informe con sus recomendaciones, para determinación final, en un termino de 15 días laborables a partir de la conclusión de su investigación. La determinación final del (la) Administrador(a) será notificada a las partes.

Si como resultado de la investigación surge una posible comisión de falta por parte de un (a) empleado(a) o funcionario(a) de la Administración que pueda resultar en una medida disciplinaria, serán de aplicación la imposición de las Ordenes Administrativas sobre Medidas Correctivas y Disciplinarias. Según lo establecido en la sección 6.6 - inciso 1 de la Ley Núm. 184 de 3 de agosto de 2004, según enmendada. También podrá el reclamante optar por radicar su querella en la Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos (OPPI) y La Oficina de Oportunidades de Empleo (EEOC).

ARTÍCULO VIII CLÁUSULA SEPARABILIDAD:

De anular o declararse inconstitucional por el Tribunal o Autoridad competente cualquier artículo de este Procedimiento, o determinarse que está en conflicto con cualquier legislación o reglamento vigente, no se considerarán como afectados, nulos, ineficaz o invalidados los restantes artículo ni su aplicabilidad en cualquier otra cosa.

ARTÍCULO IX CLÁUSULA DEROGACIÓN:

Este procedimiento deroga expresamente cualquier procedimiento anterior sobre Acomodo Razonable de la Administración de la Industria y el Deporte Hípico.

ARTÍCULO X VIGENCIA:

Este procedimiento tendrá vigencia inmediatamente después de su aprobación.

En San Juan, Puerto Rico a 26 de febrero de 2008.

Fecha de Efectividad

Lcda. Marysela Santiago Echevarría
Administradora Hípica

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE LA INDUSTRIA Y EL DEPORTE HÍPICO

HOJA DE COTEJO Y CONTROL

_____
Código o Nombre del Solicitante

_____ **Solicitud de Acomodo**	_____ fecha
_____ **Informe del Supervisor**	_____ fecha
_____ **Normas de Confidencialidad**	_____ fecha
_____ **Relevo de Responsabilidad**	_____ fecha
_____ **Declaración**	_____ fecha
_____ **Información o Cuestionario Médico**	_____ fecha
_____ **Otros, (especifíque)**	_____ fecha

_____

_____

_____

Situaciones especiales _____

_____

_____

_____

Manejador de Caso _____
Nombre

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE LA INDUSTRIA Y EL DEPORTE HÍPICO

SOLICITUD DE ACOMODO RAZONABLE

Nombre o Código: _____

Puesto que ocupa: _____

Num. Seguro Social (últimos 4 números) _____

Supervisor inmediato _____

Dirección residencial: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Teléfono alterno: _____

Caso F.S.E. #: _____

Funciones esenciales del Puesto:

_____

_____

¿Esta usted desempeñando el puesto para el cual fue nombrado?

☐ Si ☐ No

Funciones marginales

_____

_____

Indique que condicion médica o impedimento afecta el desempeño de las funciones esenciales de su puesto:

Detalle las funciones del puesto que están afectadas o limitadas debido a su impedimento.

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

Si el acomodo no fuera factible, indique que otra alternativa es aceptable:

¿Se ha beneficiado de un acomodo razonable previamente?

Si _____ No_____ Explique:

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

_____

_____

_____

Alguna información adicional relevante a su petición. (Puede utilizar un pliego de papel adicional si fuera necesario).

_____

_____

_____

_____ _____

Firma del Empleado Fecha de Radicación

_____

Fecha en que se entrega y discute con el supervisor

Nota 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 se suministra la Administración de la Industria y el Deporte Hípico u otras fuentes de tratamiento documenta su petición y se consideran recomendaciones. Es necesario que un especialista en el área establezca las limitaciones funcionales. Puede solicitársele que se someta a una evaluación médica.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE LA INDUSTRIA Y EL DEPORTE HÍPICO

ACOMODO RAZONABLE

Autorización para la Intervención del Equipo de Trabajo

Autorizo a que se discuta mi situación médica y laboral con los profesionales y miembros del trabajo a quienes se les delegue evaluar mi solicitud de acomodo razonable. Entiendo que los miembros del equipo subscriben un acuerdo de confidencialidad que protége la información ofrecida por mi y mis fuentes médicas.

_____	_____
Nombre	Puesto
_____	_____
Firma	Oficina
000-00-_____	_____
Seguro Social	Fecha

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE LA INDUSTRIA Y EL DEPORTE HÍPICO

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN MÉDICA

Yo _____, Num. Seguro Social _____000-00-_____,

Autorizo a _____ solicitar y obtener toda la información médica necesaria, tanto de médicos particulares, facilidades de salud como de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado. La misma se utilizara para evaluar si la condición o impedimento cumple con los requisitos de la "American With Disabilities Act" (ADA), para un acomodo razonable. La evidencia debe documentar una condición severa y permanente. De no satisfacer los requisitos anteriores, la información médica se integrara en el proceso como recomendación que tomaremos en cuenta de efectuarse acomodo o cualquier otro ajuste que proceda.

_____ _____

Firma Fecha

Esta autorización estará vigente por el siguiente término: _____

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE LA INDUSTRIA Y EL DEPORTE HÍPICO

RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Yo _____ Seguro Social 000-00- _____,

solicito ser considerado (a) para un acomodo razonable. Entiendo que en el proceso intervienen diversos profesionales y se solicitara opiniones que se conformaran a los requisitos de la Ley ADA y al proceso de confidencialidad.

Establezco que este proceso lo Inicio por mi voluntad, sin que medie ninguna cohesión y que relevo a La Adminsitración del Deporte Hípico y al Estado Libre Asociado de Puerto Rico de responabilidad de cualquier acción donde no medie la negligencia y/o violación de alguna Ley o estatuto.

_____ _____

Firma Fecha

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE LA INDUSTRIA Y EL DEPORTE HÍPICO

DECLARACIÓN Y COMPROMISO

Solicitud de Acomodo Razonable

Declaro que la información incluida por mí en este formulario es ofrecida sin intención de desvirtuar los hechos o de cometer fraude. Tengo conocimiento que de descubrirse cualquier falsedad o fraude en relación a la información ofrecida podría ser objeto de sanciones administrativas y/o podría ser denegada o cancelada mi solicitud de Acomodo Razonable.

Suscribo el compromiso de documentar mi solicitud de Acomodo Razonable y de tomar las medidas para que las condiciones alegadas sean manejadas adecuadamente por el profesional de salud que proceda con el propósito de recobrar o mantener capacidad funcional óptima.

_____
Firma

_____
Nombre

_____
Fecha

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE LA INDUSTRIA Y EL DEPORTE HÍPICO

NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD / ADVERTENCIA

Yo_____ entiendo que estoy solicitando un acomodo razonable. La información que ofrezco es confidencial y protegida por Acta de Privacidad y Confidencialidad Federal y otras disposiciones.

Se me explicó que podría revelarse la información en las siguientes situaciones si:

- Media una Orden judicial
- Existe evidencia objetiva de que puedo hacerme daño o hacerle daño a otros, en especial a un menor de edad.
- Media una autorización de parte mía.

El proceso de acomodo no interfiere ni detiene los procesos administrativos si existieran.

_____ _____

Firma **Fecha**

000 - 00 -
_____
Seguro Social

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE LA INDUSTRIA Y EL DEPORTE HÍPICO

PERSONAL Y CONFIDENCIALIDAD

PROCESO DE ACOMODO RAZONABLE
INFORME DEL SUPERVISOR

Nombre del empleado que solicita el acomodo:

_____

Seguro Social (últimos 4 números): _____

Años en el puesto: _____

Supervisor inmediato: _____

Tiempo supervisando al empleado: _____

Dirección del centro de trabajo:

_____

_____

Teléfono: _____ Fax: _____

1) ¿Cuales son las funciones esenciales del empleado, basado en el formulario usado para establecer las funciones del puesto?

_____

_____

_____

2) Si el empleado no esta desempeñando las tareas que requiere su puesto, indique cuales esta desempeñando:

_____

_____

_____

3) ¿ Cuales de estas funciones esenciales están limitadas por el impedimento?

_____

_____

_____

4) ¿Fue el acomodo solicitado voluntariamente por el empleado?

Si _____ No_____ * Explique:

_____

_____

_____

5) El acomodo solicitado consiste en:

_____

_____

_____

6) ¿Puede el empleado con o sin el acomodo hacer sus funciones esenciales?

Si _____ No Explique:

_____

_____

7) El acomodo solicitado fue otorgado: Si _____ No_____

8) Si no se le otorgó, ¿que alternativas se han ofrecido al empleado?

_____

_____

_____

*Procede la protección de otra Ley o un ajuste al escenario de trabajo

*Aplica solo a condiciones emocionales

9) Tiene alguna recomendación que ayude al empleado en el proceso de ajuste al entorno laboral.

_____

_____

_____

10) Si el acomodo solicitado por el empleado o cualquier otra alternativa no es posible, explique detalladamente la razón. (Puede usar pliegos de papel adicional si es necesario.)

_____

_____

_____

_____

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Discutido con el empleado en: _____

Nota: El empleado debe ser informado de todas las gestiones realizadas en su petición.

El proceso de acomodo incluye información médica sobre limitaciones o impedimentos, debe manejarse en forma confidencial y cumplimiendo con las regulaciones de la Ley HIPPA. Atención no adecuada y a tiempo de una petición de acomodo, conlleva penalidades.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE LA INDUSTRIA Y EL DEPORTE HÍPICO

SOLICITUD DE EVIDENCIA MEDICA

A: MEDICOS Y FUENTES DE TRATAMIENTO

Re: Acomodo Razonable de

_____

Con el propósito de cumplir con las disposiciones reglamentarias de la "American With Disiabilities Act" Ley Pública Núm. 101-336 del 26 de julio de 1990, (ADA), hemos diseñado un formulario para obtener información médica que documente las condiciones, impedimentos, físico o mentales que afectan las actividades laborales de su paciente.

La información ofrecida será utilizada para fines de determinar si la condición o impedimento del empleado cumple con los requerimientos de la citada Ley para un "Acomodo Razonable". En el proceso de calificar al empleado, necesitamos documentar una condición severa y permanente que afecte a las funciones esenciales de vida. La información obtenida se incorporara a cualquier otra recomendación médica que nos permita hacer ajustes adecuados al escenario del empleado (a).

Instrucciones:

1. Considere el historial médico, la cronología de los hallazgos y la duración o permanencia de cualquier limitación física y mental para desempeñar las funciones esenciales de su trabajo.
2. Marque el encasillado mas adecuado.
3. Responda a las preguntas relacionadas con la habilidad del empleado para ejercer los mismos.
4. Identifique los hallazgos médicos particulares que justifican la condición de cualquier limitación: **Ejemplos**: Los hallazgos de exámenes físicos, radiografías, resultados de laboratorios, historial de síntomas, etc.
5. La pregunta # 7 aplica si esta presente una condición emocional.
6. Conteste las preguntas en palabras sencillas y en español dentro de lo que sea posible.
7. Si necesita información adicional o discutir cualquier situación en beneficio de su cliente puede llamar al (787)_____

Su cooperación será de gran ayuda a su paciente. Este es responsible de asumir el costo si existiera alguno.

Nota: La información que usted ofrece esta protegida por el Acta de Confidencialidad y Privacidad Federal y cumple con los requisitos de la Ley HIPA. La misma se compartirá con el empleado.

_____ A la mano

_____ Se incluyen consentimiento para solicitar evidencia médica

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE LA INDUSTRIA Y EL DEPORTE HÍPICO

EVALUACIÓN MÉDICA

Nombre: _____ Seguro Social: _____

Síntomas o quejas principales:

_____

_____

_____

Diagnostico: _____

La condición se considera: ☐ Temporera ☐ Permanente

Si es temporera, estime el tiempo: _____

Es importante que sea preciso al identificar los hallazgos médicos en aquellas áreas que reducen la capacidad física del empleado para realizar funciones de su puesto.

1. ¿La actividad de "levantar o cargar" esta afectada por alguna condición o impedimento?

◯ Si ◯ No

De contestar "Si" ¿Cuántas libras puede el empleado levantar o cargar? _____ Libras.
¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

_____

_____

2. ¿La actividad "pararse o caminar" esta afectada por la condición o impedimento?

◯ Si ◯ No

Contestar "Si" ¿Cuántas horas de un día laborable de siete y media (7½) horas puede caminar o estar parado?

Total _____ horas
Sin interrupción _____

¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

_____

_____

3. ¿Se afecta el estar sentado por la condición o impedimento?

◯ Si ◯ No

De contestar "Si" ¿Cuántas horas de un día laborable de siete y media (7 ½) horas puede estar un empleado sentado?

Total _____ horas

Sin interrupción _____

¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

_____

_____

4. ¿Con que frecuencia puede el empleado realizar las siguientes actividades?

Actividad	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca
1. trepar, subir, encaramar			
2. balance, equilibrio			
3. doblarse, inclinarse			
4. agacharse			
5. arrodillarse			
6. arrastrarse			

¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

_____

_____

5. ¿Están afectadas las siguientes actividades por la condición o impedimento?

Actividad	SI	NO
1. alcanzar		
2. palpar		
3. empujar		
4. hablar		
5. destrezas manuales		
6. ver		
7. leer		
8. escuchar		
9. hablar		
10. respirar		
11. cuidado personal		

¿Cómo están afectadas las actividades identificadas "Si" las tareas que realiza el empleado?

_____

_____

¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esa evaluación?

_____

_____

6. ¿Cuáles de las siguientes restricciones ambientales son causadas por la condición o impedimento?

Rectricciones	SI	NO
1. alturas		
2. mover maquinarias		
3. temperaturas extremas		
4. polvo		
5. ruido		
6. humo		
7. humedad		
8. vibración		
9. químicos		
10. otro (especifique)		

¿Cómo afectan las restricciones identificadas "Si" las tareas que realiza el empleado?

¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

7. ¿Existe alguna condición emocional que afecte la actividad laboral del empleado (a).?

◯ Si ◯ No

Rectricciones	SI	NO
Concentración		
Habilidad para relacionarse		
seguir instrucciones		
Adquirir conocimientos		
Aceptar supervisión		
Cuidar de si mismo		

Informe cualquier otra actividad laboral que sea afectada por la condición o impedimento e indique como afecta la misma.

¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

¿Esta recibiendo el empleado tratamiento médico por la condición que presenta?

Si la respuesta es afirmativa ¿ En que consiste el tratamiento y por cuanto tiempo?

_____

_____

De acuerdo a la evaluación médica. ¿ Qué tareas no pueden ser realizadas por el empleado?

_____

_____

Recomendaciones:

_____

_____

Firma del médico _____ Núm. De Licencia _____

Nombre del médico _____ Especialidad _____

Dirección _____

_____

Teléfono: _____ Fecha: _____

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE LA INDUSTRIA Y EL DEPORTE HÍPICO

AUTORIZACIÓN PARA REFERIDO A SERVICIOS
NO RELACIONADOS AL PROCESO DE ACOMODO RAZONABLE

Yo_____ Seguro Social 000-00-_____

en proceso de solicitud de un acomodo razonable, fui orientado de los servicios existentes en la comunidad y/o en el centro de trabajo.

_____ Autorizo a ser asistido en el referido.

_____ Prefiero auto referirme.

_____ No acepto o intereso los servicios.

Los servicios no interfieren o condicionan la adjudicación de mí solicitud de acomodo.

_____
Manejador

_____
Empleado

_____
Fecha

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE LA INDUSTRIA Y EL DEPORTE HÍPICO

CODIFICACIÓN DE SISTEMAS AFECTADOS

1. Músculo esqueletal
2. Sentidos especiales (visuales -auditivo)
3. Respiratorio
4. Cardiovascular
5. Sistema digestivo
6. Genito urinario
7. Hemico y linfático
8. Dermatológico
9. Endocrino
10. Sistema múltiples (afectados varios sistemas)
11. Neurológico (desordenes convulsivos, hernia discal)
12. Mental (incluye retardación)
13. Carcinoma
14. Sistema inmunológico (SIDA/VIH)
15. Desordenes de crecimiento
16. Déficit de atención y problemas de aprendizaje
17. Otras manifestaciónes

IDENTIFICACION DE AGENCIA / EMPRESA

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE LA INDUSTRIA Y EL DEPORTE HÍPICO

INFORME FINAL ACOMODO RAZONABLE (AR)

Nombre o Código: _____

Zona Residencial: _____

_____

Seguro Social: (últimos 4 números) - 000-00- _____

Posición que Ocupa: _____

Años de Servicio: _____

Supervisor inmediato: _____

Participante de equipo: _____

_____

Tiempo que tomo el proceso: _____

Dirección de trabajo: _____

_____

Teléfono: _____ Fax: _____

Teléfonos alternos: _____ ó _____

Preparación académica del empleado: _____

_____

Funciones esenciales del puesto: _____

_____

Funciones marginales del puesto: _____

_____

Condición medica ( ) Física ( ) Psiquiatrica ( ) Ambas

Sistemas afectados: _____

Acomodo Razonable concedido:

1. Modificación de horario (especifique):

_____

2. Adquisición de equipo:

_____

3. Reestructuración de algunas funciones:

_____

4. Uso de interpretes o lectores:

_____

5. Modificación de exámenes o manera de impartir instrucciones:

_____

6. Ajuste ergonómico a estación de trabajo:

_____

7. Resignación a otro puesto u ocupación para el cual la persona esta cualificada, especialmente en aquellos casos d e personas que han adquirido un impedimento durante el servicio y no son capaces de desempeñar su ocupación anterior (indique):

_____

_____

8. Otro (especifique)

_____

9. Ejecución actual: ☐ Satisfactoria ☐ Optima ☐ Deficiente

Explique:

_____

10. Comentarios pertinentes: _____

_____

_____

Persona que rinde el informe: _____

Fecha: _____