

**UNIVERSIDAD DE UTAH**

---

**LEY PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES**

**ADA**

**AMERICANS WITH DISABILITIES ACT**

---

**SOLICITUD DE ACOMODO**

Office of Equal Opportunity and Affirmative Action (OEO/AA)  
135 Park Building  
201 South Presidents Circle, Rm 135  
Salt Lake City, UT 84112  
Teléfono (Voz y TTY) 581-8365  
Facsímile 585-5746

**LEY PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES (ADA)**

**FORMULARIO PARA SOLICITAR UN ACOMODO DE DISCAPACIDAD**

---

<b>Nombre del Empleado:</b>	<b>ID del Empleado:</b>
<b>Título de Posición:</b>	<b>Teléfono de Casa:</b>
<b>Teléfono de Trabajo:</b>	<b>Domicilio:</b>
<b>Nombre de Supervisor:</b>	<b>Departamento:</b>

**Describa su discapacidad (p.ej. discapacidad visual, artritis, etc.):**

---

---

---

**Describa como su discapacidad perjudica su habilidad a realizar las funciones de su trabajo:**

---

---

---

---

**Describa el acomodo razonable que está solicitando:**

---

---

---

---

Firma del Empleado

Fecha

**Submite el original a la OEO/AA:**  
201 South President's Circle  
Edificio Park Número 135  
Salt Lake City, UT 84112  
581-8365 (teléfono) ~ 585-5746 (facsimile)

**AMERICANS WITH DISABILITIES ACT  
MEDICAL/HEALTHCARE INFORMATION RELEASE FORM**

I, \_\_\_\_\_, hereby authorize  
*(Patient Name-Nombre del Paciente)*  
\_\_\_\_\_ furnish and discuss with  
*(Physician or Facility-Nombre del doctor/Proveedor de Salud)*

the University of Utah Office of Equal Opportunity and Affirmative Action (OEO/AA) any information in his/her/its possession relevant to the following condition *(list condition(s) or diagnosis(es)-Diagnosis o Condicion):*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, for the purpose of evaluating my request for accommodation.

A complete photocopy of this authorization shall be accepted as if it were a signed original and is valid from the date of this release until the University completes its evaluation of my request for accommodation of this condition.

I release \_\_\_\_\_ from any liability  
*(Physician or Facility-Doctor/Proveedor de Salud)*

associated with the disclosure of confidential or privileged medical/healthcare information. I understand that the University of Utah OEO/AA cannot properly evaluate my request for accommodation unless I sign this release and that any information disclosed under this release could potentially be subject to redisclosure by the recipient and no longer protected by federal privacy regulations.

I understand that I can revoke this release in writing at any time by sending a written revocation of authorization to:

**OEO/AA  
Attn: ADA Coordinator  
201 S. Presidents Circle RM 135  
Salt Lake City, Utah 84112**

However, I understand that my revocation will not be effective to the extent that action has been taken in reliance on this release. By signing this release, I represent that I have read the information, understand it, and am in agreement with the authorization I now make.

---

*(Signature-Firma)*

*(Date-Fecha)*

---

*(Dirección Postal del Doctor o Entidad /Proveedor de Salud)*

---

---

---

*(Número de Teléfono del Doctor o Entidad /Proveedor de Salud)*

---

## **Directivas de Acomodo Para Empleados / Profesores de la Universidad**

---

La ADA prohíbe la discriminación en el empleo en contra de aquellas personas que tienen discapacidades. La ADA también prohíbe la represalia en contra de aquellas personas que ejercen los derechos provistos por ésta ley.

**Definición de Discapacidad:** Una persona tiene una discapacidad bajo la ADA si:

1. Tiene una discapacidad física o mental que de manera significativa limita una o más actividades vitales fundamentales (caminar, oír, ver, respirar, aprender, trabajar), o
2. Se le considera que tiene tal discapacidad, o
3. Tiene un historial de padecer tal discapacidad.

**Definición de una Persona Calificada:** El término “una persona calificada con una discapacidad” significa:

1. Una persona con una discapacidad
2. Que puede realizar las funciones esenciales de su posición actual
3. Con o sin un acomodo razonable.

Se le requiere a un Empleador acomodar las limitaciones conocidas de personas con discapacidades, según la definición de la ADA.

**Auto-identificación:** Para establecer la existencia de una discapacidad y solicitar un acomodo razonable bajo la ADA, debe completar y submitir el **Formulario Para Solicitar Un Acomodo De Discapacidad** a la Oficina de Igualdad de Oportunidades y Acción Afirmativa (Equal Opportunity and Affirmative Action (OEO/AA)) ubicada en el edificio Park, cuarto número 135 o via facsímile al 585-5746.

Un(a) supervisor(a) o director (a) de un departamento no le puede hacer preguntas sobre su discapacidad o discutir acomodos razonables con usted. Tienen que referirle al OEO/AA para que formalmente solicite un acomodo razonable. Si el/la supervisor(a) o el/la director (a) del departamento tiene preguntas sobre éste proceso debe llamar a la OEO/AA al 581-8365 (Voz y TTY).

Empleados/Profesores deseando solicitar un acomodo razonable bajo la ADA deben seguir los **Procedimientos Para Personal/Profesores de la Universidad**.

\* Si todavía no lo ha hecho, lea los **Procedimientos Para Personal/Profesores de la Universidad**.

## Procedimientos de Acomodo Para Empleados/Profesores de la Universidad

---

Documentación de una Discapacidad: Cuando un empleado submite un **Formulario Para Solicitar un Acomodo De Discapacidad**, él o ella necesita proveer, a costo propio, documentación de su discapacidad - es decir una evaluación escrita por el/la doctor(a) o proveedor de salud apropiado. Se le requiere al empleado(a)/ professor(a) firmar un **Permiso Para Obtener Información Médica** para que el/la doctor(a) o proveedor de salud pueda proveer a la oficina de Igualdad de Oportunidades y Acción Afirmative (Equal Opportunity and Affirmative Action, OEO/AA) la documentación apropiada. Si le es solicitado, el/la director (a) del departamento o supervisor(a) proveerá a la OEO/AA con una descripción escrita de las funciones esenciales de la posición en cuestión, incluyendo las demandas físicas y mentales.

La OEO/AA le enviará al proveedor de salud o doctor(a) del empleado(a) el permiso médico firmado junto con una solicitud para información médica solicitando la documentación médica apropiada. Es la responsabilidad del empleado asegurarse que la evaluación escrita sea devuelta a la OEO/AA para la fecha especificada por dicha oficina en la solucitud al doctor.

Acomodo Temporario: Después de consultar con el/la empleado(a)/professor(a) y con el/la director(a) del departamento o supervisor(a), es posible que la OEO/AA, pendiente del recibo y evaluación de la documentación de la discapacidad, provea al empleado(a) con un acomodo temporario. La OEO/AA consultará con su abogado y el/la coordinador(a) del ADA, cuando sea apropiado. La OEO/AA notificará al empleado(a) en el escrito del acomodo temporario que le es provisto.

Evaluación de Documentación: Al recibir documentación del proveedor de salud o doctor(a), la Universidad determinará si el empleado tiene una discapacidad como definido bajo la ADA y si el/la empleado(a) puede realizar las funciones esenciales de su posición, con o sin un acomodo razonable. La OEO/AA consultará con su abogado y el/la coordinador(a) del ADA, cuando sea apropiado.

Segunda Opinion: La OEO/AA y/o el/la coordinador(a) del ADA puede contactar al doctor(a) o proveedor de salud del empleado(a) para obtener clarificación sobre la evaluación escrita. La OEO/AA también puede, a costo de la Universidad, obtener una segunda opinión. El/La empleado(a) debe estar disponible para tal evaluación.

Determinación Final y Notificación al Empleado/Profesor: La Universidad tiene la autoridad para hacer la determinación final en cuanto a que tipo de acomodo es apropiado. Una vez que hace la determinación final, la OEO/AA mandará una notificación escrita especificando el acomodo que será hecho, si es que lo hay. La OEO/AA también notificará al director(a) del departamento o supervisor(a) si el empleado/profesor recibirá un acomodo.

**\* Si todavía no lo ha hecho, lea las Directivas Para El Personal/Profesores de la Universidad.**

---