



THE UNIVERSITY OF  
NEW MEXICO®

Oficina de Igualdad de  
Oportunidades

Teléfono: (505) 277-5251

Fax: (505) 277-1356

OEO.unm.edu

**CONFIDENCIAL**

Toda la información compartida con la Universidad a través de la evaluación ADA/ADAAA y/o del proceso de adaptación razonable se mantendrá separada de los archivos del personal y en acuerdo con todos los requisitos de ADA/ADAAA.

**Formulario de Solicitud  
para Acomodación Razonable**  
(Reasonable Accommodation Request Form)

**Individuos que trabajan en la Universidad de Nuevo México y solicitan adaptaciones razonables conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) y la Ley de Enmiendas de ADA de 2008 (ADAAA) se les anima a completar este formulario en su totalidad. Si no puede completar este formulario por su cuenta, otra persona puede completar el formulario en su nombre. Los formularios completos deben ser devueltos al Director de la Oficina de Igualdad de Oportunidades, Universidad de Nuevo México ubicada en 609 Buena Vista Dr. NE.**

\_\_\_\_\_  
*Fecha de solicitud*

\_\_\_\_\_  
*Nombre (por favor escriba con letra de molde)*

\_\_\_\_\_  
*Correo electrónico*

\_\_\_\_\_  
*Título del puesto*

\_\_\_\_\_  
*Departamento*

\_\_\_\_\_  
*Dirección del campus*

\_\_\_\_\_  
*Teléfono del campus*

\_\_\_\_\_  
*Nombre del supervisor*

\_\_\_\_\_  
*Teléfono del supervisor*

1. Identifique las discapacidades físicas y/o mentales por las que solicita acomodación y la duración esperada de la(s) incapacidad(es). Incluya la fecha del diagnóstico.
  
2. Explique cómo los impedimentos mencionados anteriormente afectan su capacidad para desempeñar las funciones esenciales de su posición. Si es un empleado nuevo, indique las dificultades anticipadas que prevé para completar sus deberes de trabajo. Sea lo más específico posible con respecto a las tareas del trabajo que está teniendo dificultades para realizar o que cree que tendrá dificultad para realizar. Nota: Las funciones esenciales son deberes que son básicos o fundamentales para una posición.

3. Enumere las acomodaciones que solicita para realizar las funciones esenciales de su trabajo. Nota: Una acomodación es cualquier modificación de un trabajo, práctica, política, equipo, horario o el ambiente de trabajo que permite a una persona con discapacidad participar por igual en una oportunidad de empleo.
  
4. Agregue cualquier comentario que considere que pueda ser útil al considerar su solicitud.

5. Verificación médica de la(s) incapacidad(es) (marque la casilla correspondiente):

NOTA: La ley para no discriminar por información genética de 2008 (GINA) prohíbe a los empleadores y otras entidades cubiertas por GINA Título II de solicitar o requerir información genética de un individuo o miembro de la familia del individuo, excepto como específicamente permitido por esta ley. Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ninguna información genética cuando responda a esta solicitud sobre la información médica. La “información genética”, según lo define GINA, incluye el historial médico de la familia del individuo, los resultados de las pruebas genéticas de un individuo o miembro de la familia, el hecho de que un individuo o la familia del individuo haya buscado o recibió servicios genéticos, y la información genética de un feto portada por un individuo o por un miembro de la familia del individuo o un embrión legalmente en poder de un individuo o miembro de la familia que recibe servicios de asistencia reproductiva.

He adjuntado los documentos médicos aplicables con esta solicitud.

La discapacidad y la necesidad de una adaptación razonable son obvias y no hay documentación médica necesaria. Explique.