

APPENDIX #1

AMERICANS WITH DISABILITIES ACT
SOLICITAÇÃO DE ACOMODAÇÃO RAZOÁVEL
(Reasonable Accommodation Request)

Instruções para o Funcionário que está Solicitando Acomodação

- Ao receber estes documentos, favor assinar, datar e destacar o Formulário de Recebimento da Solicitação de Acomodação que se encontra na parte de baixo desta folha de instrução. **Deixe somente o Formulário de Recebimento com o Diretor, Chefe do Departamento ou Supervisor imediato.**

- Preencha o Formulário de Solicitação de Acomodação Razoável (formulário ADA 4702) e devolva-o ao the *Equal Educational Opportunities Department*, 14th Floor, KCW Building, dentro de 10 dias úteis da data que você recebeu estes documentos.

- Quando a documentação for recebida, o EEO *Department* vai entrar em contacto com seu Supervisor imediato para obter informação. Caso necessário, será marcada uma reunião com você, seu supervisor, e o EEO *Department*.

- Dentro de 30 dias do recebimento de todos os documentos relevantes, incluindo a informação do seu médico ou especialista em cuidados com a saúde, o EEO *Department* informará a você e ao Diretor/Chefe do Departamento, ou Supervisor imediato, sobre os resultados e recomendações.

Questões relativas a este processo devem ser dirigidas ao *Equal Educational Opportunities Department* no número (754) 321-2150.

**Request for Accommodation
Acknowledgment Form**

Supervisor: Please complete and submit (**bottom portion only**) to the Equal Educational Opportunities Department, 14th Floor, KCW Building.

Date: _____ Employee's Name: _____

Employee's Signature: _____ School/Department: _____

Supervisor's Name: _____ Phone Number: _____

Supervisor's Signature: _____

AMERICANS WITH DISABILITIES ACT
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ACOMODAÇÃO RAZOÁVEL
(A ser preenchido pelo funcionário)
(Reasonable Accomodation Request Form/to be completed by the employee)

Esta seção contém informação confidencial que tem que ser guardada separada dos registros de pessoal. Responder cada uma das perguntas nas páginas um e dois (caso necessário, anexar folha separada). Uma vez preenchido, favor submeter ao *Equal Educational Opportunities Department*, 14th Floor, KCW Building, dentro de 10 dias úteis da data do recebimento.

Nome (Sobrenome, Nome, Inicial do Nome do Meio) _____

Emprego Atual _____ Escola/Departamento _____

Local de Trabalho _____ Tel. do Trabalho _____

Nome/Cargo do Diretor/Chefe do Departamento _____

Telefone _____

Visando a elegibilidade para acomodação razoável sob o *Americans with Disabilities Act*, você tem que ter uma deficiência que limite substancialmente as atividades principais da vida.

1. Favor descrever sua deficiência e como ela limita atividade principal da vida.

2. Que tarefas no trabalho você não pode fazer por causa das limitações funcionais da deficiência? Explique como a deficiência impede que você execute estas tarefas.

3. Que tipo de acomodação você precisa para fazer o seu trabalho?

Nota: De acordo com o *Equal Employment Opportunity Commission Enforcement Guidance*:

*“Transferência para uma outra posição **Somente** será considerada quando a acomodação não for possível no emprego atual do empregado, ou quando a acomodação no emprego atual do empregado fosse causar sofrimento indevido.”*

4. Você será capaz de desempenhar as funções essenciais do seu emprego atual se você receber esta acomodação?

5. Favor fornecer qualquer outra informação e sugestões que você possa ter de como esta acomodação pode ser feita. Inclua, se for aplicável, nomes, endereços e telefones dos vendedores e, se estiver disponível, números de modelos de qualquer equipamento especificado acima.

Caso seja necessário, podemos solicitar informação referente à sua deficiência ao médico que estiver fazendo o tratamento, ou especialistas em cuidados com a saúde, sobre as limitações que resultam por causa de sua deficiência?

_____ Sim _____ Não

Assinatura do Empregado _____ Data _____

Favor listar os nomes, endereços, e telefones dos especialistas em cuidados com a saúde, que tenham um bom conhecimento de sua deficiência.

(Nota: A recusa em fornecer documentação médica referente à sua deficiência pode resultar na negação do seu pedido para acomodação razoável.)

Rev. 1/9/02, 1/28/03, 9/15/08

BFLE<P#118/mon/8/05>

For EEO Department's Use Only
REQUEST FOR REASONABLE ACCOMMODATION

Employee's Name _____ Department/School _____

Request Approved: _____ Request Denied: _____

Accommodation(s) Approved:

Reason(s) for Denial:

Additional Comments:

EEO Director's Signature

Date

ADA form 4702
Rev. 1/9/02, 1/28/03, 9/15/08

BFLE<P#118/mon/8/05>