

## Comisión Técnica para el Trámite de Ofertas para Personas con Discapacidad

### BOLETA DE FUNCIONALIDAD

#### 1.- Datos personales

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula o pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: (dd/mm/año)

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

2.- ¿Cuál es la limitación o deficiencia con la que usted fue diagnosticado? Marque la que corresponde a su situación:

- ( ) Física  
( ) Cognitiva  
( ) Sensorial:            Auditiva ( )    Visual    ( )  
( ) Psicosocial:        Mental ( )    Emocional ( )    Espectro autista ( )  
( ) Múltiple

3.- Esa limitación que le causa discapacidad, ¿es adquirida o de nacimiento?

Señale con una X en la casilla a la izquierda, su respuesta.

<input type="checkbox"/>	3.1. De nacimiento
<input type="checkbox"/>	3.2. Adquirida. ¿A partir de qué año?

4.- Para realizar exámenes o pruebas de selección para un posible trabajo, en las que se debe marcar y/o escribir las respuestas, requiere usted algún tipo de adecuación, asistente personal y/o producto de apoyo (silla de ruedas, sistema JAWS, mobiliario ergonómico especial, entre otros)

Sí             No

Si su respuesta es SI, especifique cuál sería el apoyo requerido:

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

5- Su condición le permitiría realizar pruebas y/o exámenes de forma grupal:

Sí             No

Si su respuesta es NO, especifique la razón:

---

6- Para su desempeño en la vida laboral, ¿requiere usted algún tipo de adecuación, asistente personal y/o producto de apoyo (silla de ruedas, sistema JAWS, mobiliario ergonómico especial, u otros):

Sí  No

Si su respuesta es SI, especifique cuál sería el apoyo requerido:

---

7.- ¿Presenta usted alguna de las condiciones abajo indicadas? (marque con una X en la casilla a la izquierda, la que corresponda a su situación):

<input type="checkbox"/>	Dificultad para manipular objetos	<input type="checkbox"/>	Dificultad para oír
<input type="checkbox"/>	Dificultad para caminar	<input type="checkbox"/>	Dificultad para comprender ideas, instrucciones, mensajes
<input type="checkbox"/>	Dificultad para subir y bajar gradas	<input type="checkbox"/>	Dificultad para caminar más de 1 kilómetro
<input type="checkbox"/>	Dificultad para ver	<input type="checkbox"/>	Dificultad para hablar
<input type="checkbox"/>	Dificultad para controlar esfínteres	<input type="checkbox"/>	Dificultad para leer
<input type="checkbox"/>	Dificultad para tomar un lápiz o lapicero y escribir	<input type="checkbox"/>	Dificultad para pasar hojas de un libro o cuaderno
<input type="checkbox"/>	Dificultad para controlar el miedo o pánico	<input type="checkbox"/>	Dificultad para adquirir conocimientos en su profesión o actualizarse dentro de su área de trabajo
<input type="checkbox"/>	Dificultad en la memoria a corto plazo	<input type="checkbox"/>	Dificultad para relacionarse con otras personas
<input type="checkbox"/>	Dificultad para atender una tarea por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	Dificultad en la memoria a largo plazo
<input type="checkbox"/>	Dificultad para realizar una tarea por sí solo	<input type="checkbox"/>	Dificultad para atender más de una orden a la vez
<input type="checkbox"/>	Dificultad para trabajar en grupo o en equipo	<input type="checkbox"/>	Dificultad para permanecer sentado o de pie por mucho tiempo

	Dificultad para trabajar en grupo o en equipo		Dificultad para permanecer sentado o de pie por mucho tiempo
	Dificultad para aceptar a alguien que dé órdenes		Otras, ¿cuáles?

Si requiere ampliar la información, utilice el siguiente espacio:

---



---

8.- ¿Presenta usted alguna de las siguientes situaciones? (marque con una X en la casilla a la izquierda, la que corresponda a usted):

8.1- Al movilizarme en una edificación:		8.2- Si utiliza algún tipo de apoyo para movilizarse, indique cuál es:	
	Me movilizo de manera independiente		Utilizo andadera
	Me movilizo apoyándome en la pared o mueble		Utilizo bastón o bastón blanco
	Me movilizo con apoyo de alguien		Utilizo silla de ruedas
	Me muevo gateando o de alguna otra forma		Me ayudo de un perro guía para movilizarme
	No puedo moverme con mi propia fuerza		Otra, ¿cuáles?
	Tengo dificultad para caminar y camino lento		

8.3- Con respecto al cuidado y aseo personal (ir al servicio sanitario, tomar alimentos, etc.):		8.4- Si necesita asistente personal para realizar las actividades cuidado y aseo:	
	Realizo con independencia las actividades de cuidado personal	Si su respuesta es afirmativa, indique si lo requiere para:	
	Me asisto solo, pero con un producto de apoyo		En su hogar
	De vez en cuando pido apoyo de alguien		En su lugar de trabajo
	Pido apoyo siempre		En otros similares

8.5- Desea agregar algo sobre su situación de movilización, cuidado o aseo personal que necesite ser valorada para su futuro desempeño laboral, favor indicarlo:

Especifique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9.- Señale con una X en la casilla a la izquierda, las opciones acerca de la necesidad de accesibilidad al entorno que usted requiere:

	Señales auditivas y visuales en los semáforos peatonales		Rampas en las esquinas y cruce de carreteras
	Señales auditivas y visuales en el edificio		Guías en el piso o a la altura de pasamanos para movilizarse dentro del edificio
	Rampas para el acceso al edificio		Aceras con el ancho y condiciones que permite el desplazamiento
	Transporte público accesible		Rampa con pasamanos
	Estacionamiento reservado para personas con discapacidad		Servicios sanitarios accesibles
	Plataforma o elevador para subir a pisos altos		Puertas que abren y cierran hacia afuera con ancho de 90 cm.
	Mobiliario, equipo y utensilios adecuados		Habitaciones amplias
	Piso antideslizante		Pasamanos en el edificio
	Que se utilice un lenguaje preciso, sin ambigüedades y comprensible cuando se le den indicaciones o en los documentos de uso diario para el trabajo.		Indicaciones en braille, letra o parlantes para acceder a los dispositivos electrónicos que existen en el edificio.
	Conciencia de parte de compañeros y superiores sobre sus necesidades especiales		Iluminación y ventilación adecuada
	Teléfono público accesible		Tiempos de descanso durante las actividades o entre ellas

10.- Señale con una X en la casilla a la izquierda, todas las formas que utiliza para comunicarse:

	Comunicación verbal		Correo electrónico usando computadora, iPod, tableta
	Lectura		Correo cartas
	Escritura		Fax
	Lenguaje de señas costarricense LESCO  ( ) Nivel básico  ( ) Nivel intermedio  ( ) Nivel experto		Chat usando computadora, teléfono, tableta
	Sistema Braille		Teléfono
	Pictogramas		Mensaje de texto por celular
	Gestos		Lectura de labios
	Señas propias		Otro, ¿cuál?

11.- Indique el o los tipos de apoyo que requeriría para desempeñarse en un puesto laboral y que no se hayan mencionado anteriormente:

---



---



---



---



---



---

**Autorización:** autorizo a la Dirección General de Servicio Civil y/o a la Oficina de Gestión Institucional de Recursos Humanos para que brinde la información contenida en la Boleta de Funcionalidad, a otras instancias administrativas que así lo requieran. Directriz 26 Gaceta 3 septiembre 2003.

Sí

No

Firma \_\_\_\_\_ Número cédula de identidad \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Boleta aprobada el 24 de abril de 2018 por la Comisión Técnica de Ofertas para Personas con Discapacidad.