



**Americans with Disabilities Act (ADA)
Employee Accommodation Request Form**

This form is being utilized in accordance with the Americans with Disabilities Act-1990 and as amended in 2008 (ADA), in an effort to ensure that every person receives fair treatment and opportunities from the Irving Independent School District. The information provided will be used to assist Irving ISD in determining whether, or to what extent, a reasonable accommodation for an employee with a disability is required to perform one or more essential functions of their job safely and effectively. The information will be treated confidentially. To be eligible for a reasonable accommodation under the ADA, you must be qualified to perform the essential functions of your position with or without an accommodation, and have a qualifying disability that limits a major life function.

Employee Name: _____

Employee ID No: _____ Phone: _____

School/Dept: _____

Position title: _____

Supervisor: _____

What, if any, job functions are you having difficulty performing due to your medical condition?

What, if any, employment benefits (i.e. access to resources or tools) are you having difficulty accessing due to your medical condition?

Describe how your medical condition limits your ability to perform your job or access an employment benefit?

Is your medical condition temporary? Yes No

If yes, how long will your medical condition last? _____

Have you had any accommodations in the past for this same limitation or medical condition? If yes, what were they and how effective were they?

What specific accommodation, if you know, will enable you to perform your job or access an employment benefit? (What specific accommodation do you need)?

If you are requesting a specific accommodation, how will that accommodation assist you?

Please provide any additional information that might be useful in processing your accommodation request.

NOTE: If the disability or need for accommodation is not known or obvious, a physician statement or other relevant diagnostic report outlining your condition, limitations, and accommodations required may be requested to consider this request. In addition, your health care provider may be contacted to request additional clarification regarding your condition, limitations, and/or accommodations.

Signature of Employee/Applicant

Date

Return completed ADA Form via hand-delivery, US Mail, Fax, or Email to:

Irving ISD Risk Management Department
2621 West Airport Freeway, Suite 1901
Irving, TX 75062-6020
Fax: 469-646-4320
Email: accommodations@irvingisd.net

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY HUMAN RESOURCES CASE MANAGER (if applicable)

- Has available FML/TDL
 Exhausted all available FML/TDL
 Does not qualify for FML/TDL

Date of Modification to Begin: _____

Form #732-003

Page 2 of 2

Revised 5/2019

Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)
Formulario de solicitud de adaptación para empleados

Este formulario se utiliza de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 y enmendada en 2008 (ADA), en un esfuerzo por garantizar que todas las personas reciban un trato justo y oportunidades por parte del Distrito Escolar Independiente de Irving. La información proporcionada se utilizará para ayudar a Irving ISD a determinar si, o en qué medida, se requiere una adaptación razonable para un empleado con una discapacidad para realizar una o más funciones esenciales de su trabajo de manera segura y eficaz. La información será tratada de forma confidencial. Para ser elegible para una adaptación razonable bajo la ADA, debe estar calificado para realizar las funciones esenciales de su puesto con o sin una adaptación, y tener una discapacidad calificada que limite una función importante de la vida.

Nombre del empleado: _____

Teléfono: _____ Número de Identificación de empleado: _____

Escuela/Departamento: _____

Puesto: _____

Supervisor: _____

¿Qué funciones laborales, si las hay, tiene dificultades para realizar debido a su afección médica?

¿A qué beneficios laborales, si los hay (es decir, acceso a recursos o herramientas) tiene dificultades para acceder debido a su condición médica?

Describa cómo su condición médica limita su capacidad para realizar su trabajo o acceder a un beneficio laboral.

¿Su condición médica es temporal? Yes No

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo durará su afección médica? _____

¿Ha tenido alguna adaptación en el pasado por esta misma limitación o condición médica? En caso afirmativo, ¿cuáles fueron y qué tan efectivos fueron?

¿Qué adaptaciones específicas, si las sabe, le permitirán realizar su trabajo o acceder a una prestación laboral?

Si solicita una adaptación específica, ¿cómo le ayudará esa adaptación?

Proporcione cualquier información adicional que pueda ser útil para procesar su solicitud de adaptación.

NOTA: Si la discapacidad o la necesidad de adaptaciones no se conocen o son obvias, se puede solicitar una declaración del médico u otro reporte de diagnóstico relevante que describa su condición, limitaciones y adaptaciones necesarias para considerar esta solicitud. Además, es posible que se comunique con su proveedor de atención médica para solicitar una aclaración adicional sobre su afección, limitaciones y / o adaptaciones.

Firma del empleado o solicitante

Fecha

Envíe el formulario ADA completo por entrega en mano, correo de EE.UU., fax o correo electrónico a:

Departamento de Gestión de Riesgos de Irving ISD
2621 West Airport Freeway, Suite 1901 Irving, TX
75062-6020
Fax: 469-646-4320
Email: accommodations@irvingisd.net

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL ADMINISTRADOR DE CASOS DE RECURSOS HUMANOS (si corresponde)

- Tiene FML/TDL disponible
- Se ha agotado todo FML/TDL disponible
- No califica para FML/TDL

Fecha de inicio de la modificación: _____

Form #732-003