

Guía para la Resolución de Concursos Internos

R-DG-101-2020

Página 18 de 23

Anexo 4: Boleta de Funcionalidad

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.

	3.1. De nacimiento
	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)

Si

No

Guía para la Resolución de Concursos Internos

R-DG-101-2020

Página 19 de 23

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

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

Si 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):

Si 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):

	Dificultad para manipular objetos		Dificultad para oír
	Dificultad para caminar		Dificultad para comprender ideas, instrucciones, mensajes
	Dificultad para subir y bajar gradas		Dificultad para caminar más de 1 kilómetro
	Dificultad para ver		Dificultad para hablar
	Dificultad para controlar esfínteres		Dificultad para leer
	Dificultad para tomar un lápiz o lapicero y escribir		Dificultad para pasar hojas de un libro o cuaderno
	Dificultad para controlar el miedo o pánico		Dificultad para adquirir conocimientos en su profesión o actualizarse dentro de su área de trabajo
	Dificultad en la memoria a corto plazo		Dificultad para relacionarse

Guía para la Resolución de Concursos Internos

R-DG-101-2020

Página 20 de 23

			con otras personas
	Dificultad para atender una tarea por mucho tiempo		Dificultad en la memoria a largo plazo
	Dificultad para realizar una tarea por sí solo		Dificultad para atender más de una orden a la vez
	Dificultad para trabajar en grupo o en equipo		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

8.4- Si necesita asistente personal para realizar las actividades cuidado y aseo:

Guía para la Resolución de Concursos Internos

R-DG-101-2020

Página 21 de 23

alimentos, etc.):			
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, cuido 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

Guía para la Resolución de Concursos Internos

R-DG-101-2020

Página 22 de 23

	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?



Guía para la Resolución de Concursos Internos

R-DG-101-2020

Página 23 de 23

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.

Si 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.