**Boleta de funcionalidad**

**Comisión Técnica de Estudio de Ofertas de Servicio para las Personas con Discapacidad**

**Información general**

Esta boleta es un instrumento diseñado para **\*uso exclusivo de la Comisión Técnica de Estudio de Ofertas de Servicio\*** y para determinar los ajustes requeridos en el proceso de reclutamiento abierto y permanente de la Dirección General de Servicio Civil, o bien, para procesos de uso interno de instituciones adscritas al Régimen del Servicio Civil, por lo tanto, cualquier modificación o cambio a la misma, queda sujeta a uso discrecional y responsabilidad de la institución o instancia que lo realiza.

La información aquí consignada es de carácter confidencial y el uso de esta es para determinar los ajustes requeridos en el proceso de reclutamiento, por lo que el contenido podría ser compartido con otras instancias para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad y su autonomía personal.

Dado que sus respuestas son la base para poder realizar los ajustes y recomendaciones necesarias para el proceso de reclutamiento, solicitamos por favor, que las mismas sean lo más sinceras posibles y acordes con su realidad.

Le recordamos que este proceso se realiza de forma inclusiva y en un marco de respeto de derechos humanos.

Cordialmente,

***Comisión Técnica de Estudio de Ofertas de Servicio para las Personas con Discapacidad***

**Boleta de funcionalidad**

Complete la siguiente lista con sus datos personales.

1. Primer apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. Segundo apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
3. Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
4. Se le conoce como: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
5. Cédula de identidad o DIMEX: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
6. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
7. Teléfonos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
8. Lugar de residencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
9. Provincia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
10. Cantón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
11. Distrito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
12. Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Complete las siguientes preguntas sobre la situación de discapacidad.

1. ¿Cuál es la condición de salud con la que se le diagnosticó?

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

* 1. Esa condición de salud, ¿es adquirida o de nacimiento? Señale con una X en el paréntesis según corresponda:

() De nacimiento.

() Adquirida, ¿A partir de qué año?:

1. ¿Presenta usted dificultades para la realización de algunas de las siguientes actividades? (marque con una X en el paréntesis a la derecha **todas las que sean necesarias**):
   1. Para manipular objetos ()
   2. Para caminar ()
   3. Para subir y bajar gradas ()
   4. Para ver ()
   5. Para controlar esfínteres ()
   6. Para tomar un lápiz o lapicero y escribir ()
   7. Para controlar el miedo o pánico ()
   8. En la memoria a corto plazo ()
   9. Para atender una tarea por mucho tiempo ()
   10. Para realizar una tarea sin ayuda de otras personas ()
   11. Para trabajar en grupo o en equipo ()
   12. Para aceptar a alguien que dé órdenes ()
   13. Para oír ()
   14. Para comprender ideas, instrucciones, mensajes ()
   15. Para caminar más de 1 kilómetro ()
   16. Para hablar ()
   17. Para leer ()
   18. Para pasar hojas de un libro o cuaderno ()
   19. Para adquirir conocimientos en su oficio o profesión o actualizarse dentro de su área de trabajo ()
   20. Para relacionarse con otras personas ()
   21. En la memoria a largo plazo ()
   22. Para atender más de una orden a la vez ()
   23. Para permanecer sentado o de pie por mucho tiempo ()
   24. Otras, ¿cuáles? ()

Si requiere ampliar la información anterior, utilice el siguiente espacio:

En caso de requerir apoyo para el desplazamiento, por favor llene la siguiente información, caso contrario pase a la siguiente pregunta.

1. ¿Presenta usted alguna de las siguientes situaciones? (marque con una X en el paréntesis de la derecha, puede seleccionar **todas las que sean necesarias**):
   1. Al movilizarme en una edificación.
2. Tengo dificultad para caminar y camino lento ()
3. Me movilizo apoyándome en la pared o mueble ()
4. Me movilizo con apoyo de alguien ()
5. Me muevo gateando o de alguna otra forma ()
6. No puedo moverme con mi propia fuerza ()
   1. Si utiliza algún tipo de apoyo para movilizarse, indique cuál es:
7. Utilizo andadera ()
8. Utilizo bastón (). Especifique:
9. Utilizo silla de ruedas manual ()
10. Utilizo silla motorizada ()
11. Me apoyo con un perro guía para movilizarme ()
12. Otra, ¿Cuál?:
13. En caso de requerir apoyo para el cuidado y/o aseo personal, por favor marque con una X en el paréntesis la siguiente información, caso contrario pase a la siguiente pregunta.
    1. Con respecto al cuidado y aseo personal (ir al servicio sanitario, tomar alimentos, etc.):
    2. Realizo con independencia las actividades de cuidado personal ()
    3. Me asisto solo, pero con un producto de apoyo ()
    4. De vez en cuando pido apoyo de alguien ()
    5. Pido apoyo siempre ()
    6. Necesita asistente personal para realizar las pruebas para demostración de idoneidad. Si su respuesta es afirmativa, por favor, facilite el nombre de la persona que le acompañaría en la realización de las pruebas a la par de la opción seleccionada.

() No.

() Sí. Nombre de la persona que le acompañaría:

* 1. Desea agregar algo sobre su situación de movilización, apoyos, realización de actividades diarias o aseo personal, entre otro, que necesite ser valorada para el proceso de reclutamiento, por favor indicarlo:

1. Señale con una X en el paréntesis de la derecha, las opciones acerca de la necesidad de accesibilidad al entorno que usted requiere **(marque todas las que sean necesarias**)
2. Señales auditivas y visuales en el edificio ()
3. Rampas para el acceso al edificio ()
4. Plataforma o elevador para subir a pisos altos ()
5. Mobiliario, equipo y utensilios adecuados ()
6. Piso antideslizante ()
7. Habitaciones amplias ()
8. 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 ()
9. Toma de conciencia de parte de compañeros y superiores sobre sus requerimientos ()
10. Tiempos de descanso durante las actividades o entre ellas ()
11. Guías en el piso o a la altura de pasamanos para movilizarse dentro del edificio ()
12. Rampa con pasamanos ()
13. Estacionamiento reservado para personas con discapacidad ()
14. Pasamanos en el edificio ()
15. Servicios sanitarios accesibles ()
16. Puertas que abren y cierran hacia afuera con ancho mínimo de 90 cm ()
17. Indicaciones en braile, letra ampliada o disposición de sistemas parlantes en los dispositivos electrónicos del edificio para el acceso a la información ()
18. Iluminación y ventilación adecuada ()
19. Otros:
20. Señale con una equis en la casilla a la derecha, todas las formas que utiliza para comunicarse:
    1. Comunicación verbal ()
    2. Lectura ()
    3. Escritura ()
    4. Lengua de Señas Costarricense LESCO, indique el nivel (básico, intermedio o experto):
    5. Sistema Braille ()
    6. Pictogramas ()
    7. Gestos ()
    8. Señas propias ()
    9. Correo electrónico usando computadora, tableta, teléfono celular ()
    10. Correo, cartas ()
    11. Fax ()
    12. Chat utilizando computadora, teléfono, tableta ()
    13. Teléfono ()
    14. Mensaje de texto por celular ()
    15. Lectura de labios ()
    16. Otro, ¿cuál?:
21. Señale con una equis el paréntesis ubicado a la derecha de donde se encuentran cada uno de los ajustes que requiere en el momento de la evaluación para la demostración de la idoneidad (seleccione todas las opciones que sean necesarias):
    1. Asistencia para utilizar lapicero y para manipular las hojas de los documentos que se le presenten ()
    2. Asistencia para usar el teclado o mouse con que se realice la prueba ()
    3. Asistencia para desplazarse dentro del recinto de aplicación de las pruebas ()
    4. Asistencia para desplazarse adentro en el edificio donde se llevará a cabo la aplicación de las pruebas ()
    5. Asistencia para ir al servicio sanitario en el edificio donde se aplican las pruebas ()
    6. Acompañamiento de asistente personal para el desplazamiento en el edificio donde realizará las pruebas ()
    7. Acompañamiento de asistente personal para el desplazamiento en el recinto de la aplicación de las pruebas ()
    8. Acompañamiento de asistente personal en el momento de la realización de las pruebas, para la manipulación de los objetos que se requiera o lectura de la documentación ()
    9. Adaptación del mobiliario para persona usuaria de silla de ruedas ()
    10. En caso de que el material se encuentre en formato digital, adaptación de este para ser utilizado con lector de pantalla, incluidas las imágenes ()
    11. Asiste con perro guía ()
    12. Interpretación de Lengua de Señas Costarricense-LESCO ()
    13. Facilidades para la lectura de labios ()
    14. Requiere asistencia de otra persona funcionaria de la DGSC para la lectura de documentos impresos ()
    15. Acompañamiento de asistente personal para la lectura de documentos impresos en el momento de la realización de las pruebas ()
    16. Requiere asistencia de otra persona funcionaria de la DGSC para la lectura de la información proyectada en una pantalla ()
    17. Acompañamiento de asistente personal para la lectura de información proyectada en la pantalla en el momento de la realización de las pruebas ()
    18. Requiere asistencia de otra persona funcionaria de la DGSC para completar la información que se solicita en formato impreso ()
    19. Requiere asistencia de otra persona funcionaria de la DGSC para completar la información que se solicita en línea ()
    20. Acompañamiento de asistente personal para completar la información que se solicita en formato impreso ()
    21. Acompañamiento de asistente personal para completar la información que se solicita en línea ()
    22. Requiere ampliación del tamaño de la letra de los documentos, anote tipo de letra y tamaño ()
    23. Requiere ampliación de la letra de la información en formato digital que sea proyectada a través de una pantalla, anote el tipo de letra y el tamaño ()
    24. Requiere que se le repitan las instrucciones en diferentes momentos durante la realización de las pruebas ()
    25. Requiere períodos de descanso durante la realización de las pruebas, para ingerir algún alimento o medicamento por prescripción médica ()

7.1 ¿Cuáles otros apoyos consideran que requiere en el momento de la aplicación de las pruebas? Expóngalos a continuación:

Notas aclaratorias:

**Asistente personal** se refiere a la persona que de previo y de manera continua asiste a la persona oferente, no es funcionario de la Dirección General de Servicio Civil, sino la que le acompaña en el momento de la aplicación de las pruebas para la demostración de la idoneidad y cuando solamente se hace referencia a asistencia”, es por parte de una persona funcionaria de la Dirección General de Servicio Civil.

**DGSC** son las siglas de Dirección General de Servicio Civil.

**NOTA FINAL**

***En caso de que alguna de las situaciones arriba indicadas por la persona oferente cambie, queda bajo responsabilidad absoluta de ella notificar a esta Comisión sobre las mismas, caso contrario, se seguirá considerando la información tal cual se encuentra consignada en esta boleta.***

**Autorización:**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cedula:­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

() Sí autorizo

() No autorizo

A la Comisión Técnica de Estudio de Ofertas de Servicio, 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) y declaro que la información contenida en el mismo es veraz.

Firma:

*En caso de que usted no firme, por favor indique en el espacio NO FIRMO (Esto solo se acepta en las situaciones en las que la cédula de identidad así lo indique).*

Número cédula de identidad:

Fecha:

**Boleta aprobada el 28 noviembre 2023 por la Comisión Técnica de Estudio de Ofertas de Servicio de las Personas con Discapacidad**