

Lake County School District R-1

Request for Reasonable Accommodation

Solicitud de Adaptación Razonable

Employee/applicant name: _____ Date: _____

This information is voluntary, and you are under no obligation to provide this information. However, to consider your request for reasonable accommodation and to understand your abilities and limitations, we will go through an interactive process to discuss your needs and potential solutions so that you can perform the essential duties of your position. Medical certification may be required. **Please return this form to the HR Director.**

The information you provide below and our discussion in the interactive process will be kept confidential and to business necessity to the extent possible. All information will be used in compliance with applicable laws.

Describe the accommodation requested (be as specific as possible, for example equipment changes, physical restrictions, schedule, training, interpreter, etc.):

Explain the reason for this request (describe your disability-related limitations and how the accommodation requested can help you do your job. Do not disclose a diagnosis.):

Limitation is: Permanent Temporary Unknown Anticipated recovery date: _____

By signing, I certify that the information provided is true and accurate. I understand that any misrepresentation may result in a denial and potential disciplinary action.

Employee signature and date: _____

Lake County School District R-1

Request for Reasonable Accommodation

Solicitud de Adaptación Razonable

Nombre del empleado/solicitante: _____ Fecha: _____

Esta información es voluntaria y usted no tiene la obligación de proporcionar esta información. Sin embargo, para considerar su solicitud de adaptación razonable y comprender sus capacidades y limitaciones, pasaremos por un proceso interactivo para discutir sus necesidades y posibles soluciones para que pueda desempeñar las funciones esenciales de su puesto. Es posible que se requiera certificación médica. **Por favor devuelva este formulario al Director de Recursos Humanos.**

La información que proporcione a continuación y nuestra discusión en el proceso interactivo se mantendrán confidenciales y según las necesidades comerciales en la medida de lo posible. Toda la información se utilizará de conformidad con las leyes aplicables.

Describa la adaptación solicitada (sea lo más específico posible, por ejemplo, cambios de equipo, restricciones físicas, horario, capacitación, intérprete, etc.):

Explique el motivo de esta solicitud (describa sus limitaciones relacionadas con la discapacidad y cómo la adaptación solicitada puede ayudarlo a hacer su trabajo. No revele un diagnóstico):

La limitación es: Permanente Temporal Desconocido

Fecha de recuperación anticipada: _____

Al firmar, certifico que la información proporcionada es verdadera y precisa. Entiendo que cualquier tergiversación puede resultar en una denegación y posible acción disciplinaria.

Firma del empleado y fecha: _____