

## **ENCUESTA DE DISCAPACIDAD, AUTONOMÍA PERSONAL Y ADECUACIÓN DEL ENTORNO LABORAL**

Consigna: Responda a las preguntas propuestas, referidas a los empleados con discapacidad que se encuentran actualmente prestando servicios en el área a su cargo.

Se sugiere completar dicha encuesta junto al empleado y con su certificado de discapacidad.

Por cualquier duda referida a la misma puede comunicarse con el Departamento de Psicología del Trabajo y las Organizaciones (Teléfono: 5243060 int. 3257).

### **A. Datos Personales del Jefe Directo**

A1. Nombre:

A2. Cargo:

A3. DNI:

### **B. Datos Personales del Empleado**

B1. Nombre:

B2. Sexo: F M

B3. Fecha de Nacimiento:

B4. DNI:

B5. Cargo:

B6. Situación de Revista:

B7. Antigüedad:

### **C. Datos de la Repartición:**

C1. Jurisdicción:

C2. Dirección:

C3. Área:

C4. Departamento/División/Sección:

## D. Certificación

### D1. Certificación de Discapacidad

Posee Certificado Único de Discapacidad (Ley Nacional 22.431)	
Posee Certificado Provincial de Discapacidad (Adherido Ley 24.901)	
Posee otro certificado / certificación de especialista	
No posee certificación	

N° \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

### D2. En el caso de poseer algún Certificado consignar:

¿Se encuentra incluido en su legajo laboral?	Si	No
--	----	----

## E. Datos consignados en el Certificado de Discapacidad

E1. Diagnóstico (Etiológico):	
E2. Diagnóstico Funcional:	
E3. Expedido por:	
E4. Validez hasta:	
E5. Fecha de emisión:	

## F. ¿Ingresó a la Administración Pública Provincial con dicha Discapacidad?

Si  No

## G. Fecha de inicio de la Discapacidad:

/ /
-----

## H. Tipo de Discapacidad

Discapacidad visual	
Discapacidad auditiva	
Discapacidad del habla	
Discapacidad de tipo visceral	
Discapacidad intelectual	
Discapacidad psicológica/psiquiátrica	
Discapacidad motriz	

**I. Autonomía**

**I1. El presente empleado, en sus tareas diarias:**

¿Recibe asistencia o apoyo especial?	
¿Utiliza alguna ayuda técnica?	

**I2. ¿Cuál? (Especificar la respuesta I1 si hubiera respondido afirmativamente en alguna opción)**

.....  
 .....

**J. Adecuación del Entorno Laboral**

**Marque las adecuaciones que necesita este empleado en su lugar de trabajo y aquellas con las que cuente la repartición en la que se desempeña**

	Requiere la persona	Existe en la repartición
Rampas		
Ascensores		
Medios alternativos de comunicación (Ej. sistema de escritura Braille, lengua de señas)		
Software específico		
Hardware específico		
Estacionamiento		
Mobiliario		
Baños adaptados		
Otros (especificar)		

**K. Sugerencias, comentarios u observaciones en relación a la temática.**

.....  
 .....

\_\_\_\_\_  
 Firma Jefe Directo

\_\_\_\_\_  
 Firma Empleado

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_