



**Comisión Técnica Especializada para el Trámite de  
de Ofertas para Personas con Discapacidad**

**BOLETA DE FUNCIONALIDAD**

**1.- Datos personales**

Nombre Completo del Oferente:	Cédula:
Destacado Actual:	Clase Actual:
Correo Electrónico para Notificaciones:	No. Celular:
Fecha de nacimiento:	Edad:
Estado Civil:	Nacionalidad:
Lugar de residencia:	
Con quien vive:	

**2.- Nivel de Estudios**

Señalar con una X a la izquierda la condición que usted presenta o que tiene relación con su situación.

<input type="checkbox"/>	Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Primaria completa
<input type="checkbox"/>	Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	Secundaria incompleta
<input type="checkbox"/>	Técnico o diplomado	<input type="checkbox"/>	Universitaria incompleta
<input type="checkbox"/>	Universitaria completa	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Estudios formales en educación especial	<input type="checkbox"/>	

**3.- Esa limitación que le causa discapacidad ¿es adquirida o de nacimiento? Señale con una X su respuesta.**

<input type="checkbox"/>	3.1. De nacimiento
<input type="checkbox"/>	3.2. Adquirida, ¿a partir de qué año?

**4.- La condición de su discapacidad es:**

<input type="checkbox"/>	Temporal
<input type="checkbox"/>	Permanente

**5.-Diagnóstico de la limitación o deficiencia**

---

---

---



**Comisión Técnica Especializada para el Trámite de  
de Ofertas para Personas con Discapacidad**

**6. –Para su desempeño en la vida diaria o laboral, ¿cuenta con el apoyo de un/a asistente personal?:**

---



---

**7.- Presenta usted (puede marcar varias opciones):**

	Dificultad para manipular objetos		Dificultad para oír
	Dificultad para caminar		Dificultad para comprender ideas, instrucciones, mensajes
	Alteraciones o daños en la columna		Dificultad para hablar
	Alteraciones o daños en otra parte del cuerpo		Dificultad para leer
	Dificultad para ver		Dificultad para adquirir conocimientos en su profesión o actualizarse dentro de su área de trabajo
	Dificultad para controlar esfínteres		Dificultad para relacionarse con otras personas
	Dificultad para controlar el miedo o pánico		Dificultad en la memoria a largo plazo
	Dificultad en la memoria a corto plazo		Otras, ¿cuál?

**8.- Presenta usted alguna de las siguientes situaciones:**

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		Andadera
	Me movilizo apoyándome en la pared o mueble		Bastón
	Me movilizo si me apoya alguien		Silla de ruedas
	Me muevo gateando o de alguna otra forma		Perro guía
	No puedo moverme con mi propia fuerza		Otra, cuál?
	Tengo dificultad para caminar y camino lento		No sabe/no responde

8.3- Al movilizarme en la calle:		8.4- Si utiliza algún tipo de apoyo para movilizarse en la calle indique cuál es?	
	Me movilizo sin apoyo personal a lugares		Andadera



**Comisión Técnica Especializada para el Trámite de  
de Ofertas para Personas con Discapacidad**

Me movilizo sin apoyo personal a lugares cercanos		Bastón
Me movilizo con apoyo parcial de alguien		Perro guía
No puedo movilizarme fuera		Otra, cuál?
No sabe		No sabe
No responde		No responde

8.5- Con respecto al cuidado personal (ir al servicio sanitario, tomar alimentos)		8.6- Si necesita apoyo de otra persona para hacer las actividades de cuidado personal, indique de quién	
	Realizo con independencia las actividades de cuidado personal		Madre, padre
	Me asisto solo con apoyo de ayuda técnica		Hermano o hermana
	De vez en cuando pido apoyo de alguien		Esposo o esposa
	Pido apoyo siempre		Hijos, hijas
	No sabe		Familiar, otra persona
	No responde		Aceptaría el apoyo de un/a compañero/a

**8.7- Desea agregar algo sobre su situación de movilización o cuidado personal que necesite ser valorada para su futuro desempeño laboral:**

---

Especifique cuáles

---



---



---

**9.- Señale con una X las opciones acerca de la necesidad de accesibilidad que tiene usted, que debe tener el edificio o edificación en la que se encuentra o para desplazarse al mismo:**

	Señales auditivas y visuales en los semáforos peatonales		Rampas en las esquinas y cruce de carreteras
	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		Puertas que abren y



**Comisión Técnica Especializada para el Trámite de  
de Ofertas para Personas con Discapacidad**

	pisos altos		cierran hacia afuera con ancho de 90 cm.
	Mobiliario, equipo y utensilios adecuados		Habitaciones amplias
	Piso antideslizante		Pasamanos en el edificio
	Iluminación y ventilación adecuada		No sabe
	Teléfono público accesible		No responde

**10.- Señale con una X las formas que utiliza para comunicarse.**

	Comunicación verbal		Correo electrónico
	Lectura		Correo cartas
	Escritura		Fax
	Lenguaje de señas costarricense LESCO		Chat
	Sistema Braille		Teléfono
	Pictogramas		Mensaje de texto por celular
	Gestos		Lectura de labios
	Señas propias		No sabe
	Otro, cual?		No responde

**11.- Indique el o los tipos de apoyo que requeriría para desempeñarse en un puesto laboral:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Autorización: autorizo a la Dirección General de Servicio Civil y/o Oficina 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 \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Boleta aprobada el 14 de setiembre del 2012 por la Comisión Técnica Especializada para el Trámite de Ofertas de Personas con Discapacidad.