



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

BOLETA DE FUNCIONALIDAD

1.- Datos personales

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Nombre: _____

Cédula o pasaporte: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____

Teléfonos: _____

Lugar de residencia: _____

Correo electrónico: _____

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 que 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 |
| | 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 |

"Contribuyendo a la gobernabilidad democrática de Costa Rica desde 1953"

Página electrónica: www.dgsc.go.cr

Teléfonos: 2227-2133 Apartado Postal 3371-1000 San José



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

| | |
|---|--|
| 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 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 |
| 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:



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

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.