

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE DISCAPACIDAD DEL EMPLEADO

Nombre de PCR: _____

Número del empleado/cliente: _____

Yo, _____ he revisado la determinación de discapacidad de
IMPRIMIR NOMBRE

CRP. Portada de la documentación (DIS-DOC-11/22) llenada por mi empleador. Entiendo que seré contado como una persona con una discapacidad para fines relacionados con el Programa de Uso del Estado y los requisitos del Capítulo 122, Códigos de Recursos Humanos de Texas.

Firma del empleado o Representante Legal

Fecha

Si la autorización es firmada por un representante legal de la persona física:

Nombre impreso del representante legal: _____

Autoridad del representante para actuar en nombre de la persona: _____

La portada de la documentación de determinación de discapacidad de CRP (DIS-DOC-11/22) debe incluirse en el archivo con este documento. Este es un registro confidencial de empleados del CRP mencionado arriba. La copia original se mantendrá en el CRP para ser revisada por parte de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas o su designado.

Capítulo 122, Códigos de Recursos Humanos de Texas
40 Código Administrativo de Texas, Parte 20, Capítulo 806
Comisión de la Fuerza Laboral de Texas, Regla 806.41(e)(2)