

CARTILLA INFORMATIVA SOBRE LOS AJUSTES RAZONABLES EN EL EMPLEO A MADRES DE NIÑOS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD



Marco Normativo

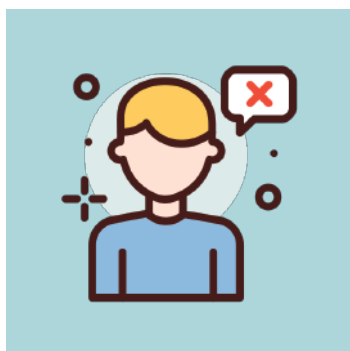
- 01 Convenio de los Derechos de las Personas con Discapacidad
- 02 Convenio N° 156 de la OIT
- 03 Constitución Política del Perú
- 04 Ley N° 29973
- 05 Decreto Supremo N° 002-2014-MIMP
- 06 Decreto Legislativo N° 1417
- 07 Decreto Supremo N° 013-2017-TR

¿ A quién se le considera una persona con discapacidad?

Aquella que tiene una o más deficiencias:



FÍSICAS



MENTALES



SENSORIALES



INTELECTUALES

Que encuentra obstáculos en el ejercicio de sus derechos y en ser incluido en la sociedad en igualdad de condiciones.

De carácter permanente.

Las causas que originan la discapacidad son **SOCIALES**. Por lo tanto, es deber del Estado y los particulares (empleadores) **ADAPTARSE** para no generar una situación de discapacidad.

¿ Qué son los ajustes razonables?

Modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que tienen como finalidad garantizar a la persona con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con los demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales (derecho al trabajo, derecho a la educación, etc).

¿ Qué derechos tienen los padres o tutores de una persona con discapacidad?

Licencia de hasta 56 horas anuales para acompañar a las personas con discapacidad a su encargo a la **asistencia médica y terapias de rehabilitación** que correspondan.

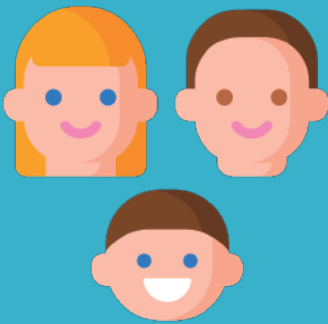


La licencia se otorga por cada hijo/a menor de edad con discapacidad, por cada persona con discapacidad bajo tutela o por cada designación como apoyo de persona mayor de edad.

La licencia se puede tomar de manera consecutiva o alternada.

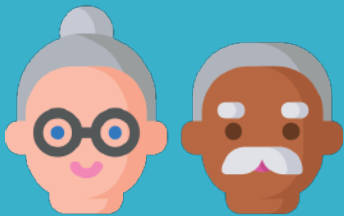


¿ Qué requisitos debo cumplir para acceder a la licencia?



Hijos con discapacidad menores y mayores de edad.

Menores de edad con discapacidad sujetos a tutela del trabajador/a.



Mayores de edad con apoyo designado.

¿ Qué comprende la asistencia médica y terapia de rehabilitación?



ASISTENCIA MÉDICA

Medidas de prevención, tratamiento o recuperación, relativas al cuidado de la salud y bienestar de la persona.



TERAPIA DE REHABILITACIÓN

Conjunto de medidas que implican el cuidado del/la paciente. Comprendiendo las técnicas y tratamientos especializados destinados a recuperar o incrementar la funcionalidad de un órgano, sistema o aparato alterado por una enfermedad incapacitante.

¿ Las horas involucradas en la licencia están sujetas a recuperación?








En caso el empleador requiera recuperar las horas, las licencias se compensan con el trabajo en horas extras(fuera de la jornada ordinaria), previo acuerdo entre las partes. En estos casos no corresponde el pago de horas extras.



¿Cuál es el procedimiento para obtener la licencia?

Siete días antes de la asistencia médica o terapia de rehabilitación, debes presentarle a tu empleador los siguientes documentos:


-  Una solicitud en la que indiques los motivos, días y horas en las que se utilizará la licencia.
-  El DNI -o partida de nacimiento- de la persona con discapacidad.
-  El Certificado de Discapacidad expedido por el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS).
-  Para el caso de menores de edad sujetos a tutela, el documento que acredite tal situación.
-  Para el caso de mayores con apoyo designado, la resolución o escritura pública que establezca o modifique la designación de apoyos.

¿ Qué debo hacer para obtener el Certificado de Discapacidad?

Se tramita ante los establecimientos de salud autorizados ("Certificador de Personas con Discapacidad") del sector público (hospitales de EsSalud) y privado (clínicas).

La calificación y certificación son GRATUITAS, y dicho trámite puede ser realizado por el representante o apoyo de la persona con discapacidad.

¿ Debo entregar algún documento luego de utilizar la licencia?



Sí, tendrás 48 horas para presentarle al empleador el documento denominado “Constancia o Certificado de Atención- Ley N° 30019”; el cual debe ser firmado por el profesional de la salud a cargo de la asistencia médica o terapia de rehabilitación.



Recuerda, el mal uso de la licencia se considera una falta grave.



¿ Qué ocurre si en mi centro de trabajo ya existe un beneficio similar?

Aplicará el que resulte más favorable.

Importante: Este derecho es **IRRENUNCIABLE**, una vez obtenida la licencia, los trabajadores deben utilizarla de manera obligatoria.

Modelo de solicitud de licencia

Nombre: _____

Puesto del encargado: _____

Presente: _____

Ref.: Solicitud de licencia para asistir a una persona con discapacidad.

Estimado (_____):

Por medio de la presente, y al amparo de lo establecido en la Ley N° 30119 y el Decreto Supremo N° 013-2017-TR, solicito que el ___ de _____ de 20__ se me conceda una licencia entre las _____ y _____ horas (acumulando un total de ___ horas y ___ minutos); con la finalidad de brindarle el apoyo necesario a la persona con discapacidad que se encuentra a mi cargo, cuyos datos son los siguientes:

- Nombre:
- Documento Nacional de Identidad N° _____
- Carnet de Discapacidad N° _____

Relación	(marque con una X)
Hijo con discapacidad.	
Menor de edad con discapacidad sujeto a tutela.	
Mayores con apoyo designado.	

- Establecimiento de salud:

Tipo de consulta	(marque con una X)
Asistencia médica.	
Terapia de rehabilitación.	

Agradezco la comprensión y quedo a la espera de su respuesta.

Atentamente,

(Nombre del trabajador)

**No olvides que a esta solicitud debes adjuntar el DNI o partida de nacimiento de la persona con discapacidad, así como Certificado de Discapacidad correspondiente o, de ser el caso, la resolución de inscripción expedida por el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS).*

Formato de constancia o certificación de atención

A través de la presente, el(la) suscrito(a) deja constancia de que el(la) paciente _____, identificado(a) con _____ (tipo de documento), número _____, ha asistido a _____ (nombre del establecimiento de salud, centro de rehabilitación, consultorio), ubicado en _____ (dirección), los siguientes días, a fin de recibir asistencia médica o terapia de rehabilitación, conforme a la información que se detalla a continuación:

Fecha: ___/___/___ . Horas: De _____ a _____
Motivo:

Persona acompañante:

Fecha: ___/___/___ . Horas: De _____ a _____
Motivo:

Persona acompañante:

Fecha: ___/___/___ . Horas: De _____ a _____
Motivo:

Persona acompañante:

Fecha: ___/___/___ . Horas: De _____ a _____
Motivo:

Persona acompañante:

Fecha: ___/___/___ . Horas: De _____ a _____
Motivo:

Persona acompañante:

(Puede agregarse más información, según los días en que ha tenido lugar la asistencia médica o la terapia de rehabilitación).

_____ (ciudad), ___ (día), _____ (mes), ___ (año).

Nombre, especialidad, número de colegiatura



www.alianzaprobono.pe

Rebaza,
Alcázar &
De Las Casas

www.rebaza-alcazar.com