



## Zahtjev: prilagodbe radnog mjesta u slučaju trudnoće, poroda i povezanih medicinskih stanja

Ovaj zahtjev služi zaposlenicama i kandidatkinjama koje zbog trudnoće, poroda i povezanih medicinskih stanja žele zatražiti razumnu prilagodbu radnog mjesta. **Preporučujemo vam da zahtjev ispunite što prije.**

### UPUTE ZA ISPUNJAVANJE

Tražene informacije napišite ili ispunite na računalu na stranicama u nastavku. Ako nešto nije primjenjivo ili ne znate odgovor, ostavite prazno.

Zahtjev dostavite odjelu OHSU Affirmative Action and Equal Opportunity Dept. (Odjel za pozitivnu diskriminaciju i ravnopravnost, AAEO) elektroničkom poštom, povjerljivim faksom, osobno ili poštom. Ako imate pitanja za AAEO, nazovite broj **503 494-5148**.

E-pošta: [aaeo@ohsu.edu](mailto:aaeo@ohsu.edu)

Faks: 503 346-8037

Osobna dostava: Marquam Plaza, 2525 SW 3rd Avenue, Suite 240, Portland, OR 97201

Poštanska adresa: AAEO

Oregon Health & Science University  
Mail code MP240  
3181 SW Sam Jackson Park Road  
Portland, OR 97239

### VAŠA PRAVA

Zaposlenice i kandidatkinje koje su trudne, koje su rodile ili imaju neko s time povezano medicinsko stanje imaju pravo na to da ne budu nezakonito diskriminirane, uznemiravane ili da ne postanu žrtve osvećivanja. Isto tako imate pravo zatražiti da se vaše radno mjesto u razumnoj mjeri prilagodi, a OHSU će zajedno s vama provjeriti koje mogućnosti za to postoje.

Ako ste zabrinuti zbog diskriminacije, uznemiravanja ili osvećivanja, obratite se AAEO-u putem telefona (503 494-5148) ili elektroničkom poštom ([aaeo@ohsu.edu](mailto:aaeo@ohsu.edu)).

### DODATNE INFORMACIJE

Preporučujemo vam da pročitate OHSU [Pregnancy, Birth, and Adoption Leave Guide](#)<sup>1</sup> Vodič za dopust u slučaju trudnoće, rođenja djeteta i posvajanja organizacije OHSU) i internetske stranice organizacije OHSU namijenjene obiteljskom životu ([Family Life](#)<sup>2</sup>) i zaposlenicama koje su trudne ili zaposlenicima koji su postali roditelji ([Pregnant and Parenting Employees](#)<sup>3</sup>).

Ako imate pitanja o naknadama za zaposlenike, obratite se za pomoć odjelu [Benefits Department](#) (Odjel za naknade): [benefits@ohsu.edu](mailto:benefits@ohsu.edu) ili na broj telefona 503 494-7617.

Možda imate pravo na dopust zbog zdravstvenih ili obiteljskih razloga u skladu sa Zakonom o dopustu iz zdravstvenih ili obiteljskih razloga (Family and Medical Leave Act, FMLA) i/ili Zakonom o obiteljskom dopustu savezne države Oregon (Oregon Family Leave Act, OFLA). Da biste zatražili [obiteljski i zdravstveni dopust](#), nazovite Standard na broj 1-800-378-2390. Standard je administrator organizacije OHSU za dopuste, a telefonske su linije otvorene svaki dan od 0 – 24 sata.

<sup>1</sup> <https://o2.ohsu.edu/human-resources/documents/upload/pregnancy-birth-adoption-guide.pdf>

<sup>2</sup> <https://o2.ohsu.edu/spark/workplace-wellness/dependent-care.cfm>

<sup>3</sup> <https://www.ohsu.edu/title-ix/pregnant-and-parenting/employees>

## Zahtjev: prilagodbe radnog mjesta u slučaju trudnoće, poroda i povezanih medicinskih stanja



Ovaj zahtjev služi zaposlenicama i kandidatkinjama koje zbog trudnoće, poroda i povezanih medicinskih stanja žele zatražiti razumnu prilagodbu radnog mjesta.

**PIŠITE ČITKO ili ISPUNITE ZAHTJEV NA RAČUNALU** i po potrebi priložite dodatnu dokumentaciju.

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Grad: \_\_\_\_\_ Savezna država: \_\_\_\_\_ Poštanski broj: \_\_\_\_\_

Broj telefona: \_\_\_\_\_ Broj mobitela: \_\_\_\_\_

Poslovni broj telefona: \_\_\_\_\_

Privatna adresa e-pošte: \_\_\_\_\_

Poslovna adresa e-pošte: \_\_\_\_\_

ID br. zaposlenika: \_\_\_\_\_ Naziv radnog mjesta: \_\_\_\_\_

Rukovoditelj/nadzornik: \_\_\_\_\_

Odjel: \_\_\_\_\_ Radno vrijeme u smjeni: \_\_\_\_\_

Slobodni dani (označite sve primjenjive dane):  pon  uto  sri  čet  pet  sub  ned  rotirajuće

1. Kad ste rodili / kada trebate roditi?

2. Opišite koje razumne prilagodbe svog radnog mjesta tražite i od kada želite da se primjenjuju. Budite što precizniji.

3. Imate li dodatne informacije koje bi nam mogle pomoći u ocjeni vašeg zahtjeva?<sup>4</sup>

4. Možete li, prema svojem mišljenju, izvršavati ključne zadaće svog radnog mjesta sa ili bez poduzimanja prilagodbi?

Ako vam je liječnik nedavno napisao preporuku prema kojoj bi se na vas trebala primjenjivati određena ograničenja na radnome mjestu ili prilagodbe radnog mjesta i/ili u kojoj se navodi predviđeno trajanje takvih radnih uvjeta, priložite je uz ovaj zahtjev.

Uz vašu pisanu suglasnost Oregon Health & Science University (OHSU) može od vašeg liječnika zatražiti potrebne medicinske informacije. **Informacije vašeg liječnika možda će nam biti potrebne za obradu vašeg zahtjeva za razumnu prilagodbu radnog mjesta. AAEO će zdravstvene informacije dijeliti samo ako je to nužno i to s osobama za koje AAEO smatra da bi ih trebali znati, a mogu među ostalim uključivati odgovarajuće nadzornike, osobe iz odjela za ljudske resurse i pravnog odjela.**

U prilogu se nalazi dopuštenje kojim organizaciju OHSU ovlašćujete da pribavi zdravstvene informacije koje su joj potrebne za ocjenu zahtjeva za prilagodbu radnog mjesta u skladu s propisima savezne države o prilagodbama za trudnice i/ili Zakonom o građanima s invaliditetom (Americans with Disabilities Act, ADA). Dopuštam svom liječniku / svojim liječnicima da zdravstvene informacije navedene na priloženom dopuštenju otkrije/otkriju Odjelu za pozitivnu diskriminaciju i ravnopravnost organizacije OHSU (OHSU's Affirmative Action and Equal Opportunity Department). Fotokopija priloženog dopuštenja ima jednaku pravnu snagu kao i izvorni dokument.

**Potpis osobe koja traži prilagodbe:**

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> Zakon o nediskriminaciji na temelju genetskih informacija iz 2008. (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA) zabranjuje poslodavcima i drugim tijelima obuhvaćenima Glavom II. GINA-e (GINA Title II) da od pojedinaca traže ili im uvjetuju davanje vlastitih genetskih informacija ili genetskih informacija njihovih članova obitelji, osim u slučajevima koje izričito dopušta GINA. Da ne bismo prekršili taj zakon, molimo vas da ne navodite genetske informacije kad od vas tražimo medicinske informacije. Prema definiciji GINA-e „genetske informacije” uključuju obiteljsku povijest bolesti pojedinca, rezultate genetskog testiranja pojedinca ili člana njegove obitelji, činjenicu da je pojedinac ili član obitelji pojedinca tražio genetske usluge ili da su mu takve usluge pružene, genetske informacije o fetusu pojedinca ili člana njegove obitelji ili o embriju koji je u zakonitom posjedu pojedinca ili člana obitelji koji prima usluge potpomognute oplodnje.

## DOPUŠTENJE ZA UPOTREBU I OTKRIVANJE ZAŠTIĆENIH ZDRAVSTVENIH INFORMACIJA

Dopuštam [ime i prezime liječnika] \_\_\_\_\_ da upotrijebi i izda kopiju navedenih zdravstvenih informacija koje se odnose na [ime i prezime zaposlenika/kandidata] \_\_\_\_\_, datum rođenja \_\_\_\_\_:

---

---

---

sljedećem odjelu: Affirmative Action & Equal Opportunity Department (AAEO)  
Oregon Health & Science University  
Mail code MP240  
3181 SW Sam Jackson Park Road  
Portland, OR 97239

**Ove informacije pružaju se AAEO-u za potrebe ocjene i potkrijepe potrebe za razumnim prilagodbama.**

Ako informacije koje se otkrivaju sadržavaju bilo koju vrstu evidencije ili informacija navedenih u nastavku, njihova upotreba i otkrivanje može biti regulirano dodatnim zakonima. Razumijem i slažem se s time da se te informacije otkriju ako parafiram predviđeno mjesto ispred pojedine vrste informacija.

\_\_\_\_\_ evidencija o HIV-u/AIDS-u\*

\_\_\_\_\_ informacije o mentalnom zdravlju\*

\_\_\_\_\_ informacije o dijagnozi, liječenju ili uputnicama izdanim u slučaju ovisnosti o drogama\*\*

\* *Potrebno je parafirati da bi te informacije bile uključene u druge dokumente.*

\*\* *Prema saveznom propisu 42 CFR Dio 2 (42 CFR Part 2) potrebno je opisati koja vrsta i koja količina informacija se namjerava otkriti.*

**Dopuštenje se ne odnosi na genetske informacije i otkrivene ih informacije ne smiju sadržavati. „Genetske informacije”** uključuju: informacije o genetskom testiranju pojedinca, informacije o genetskom testiranju člana obitelji pojedinca, informacije o manifestaciji bolesti ili poremećaja u člana obitelji pojedinca (obiteljska povijest bolesti), činjenicu da je pojedinac zatražio ili da su mu pružene genetske usluge ili da je pojedinac ili član njegove obitelji sudjelovao u kliničkim ispitivanjima koja su uključivala genetske usluge, genetske informacije o fetusu pojedinca ili trudnog člana obitelji pojedinca i genetske informacije o embriju koji je u zakonitom posjedu pojedinca ili člana njegove obitelji koji se koristi tehnologijom potpomognute oplodnje.

Dopuštenje je ograničeno na sljedeće medicinske postupke

---

Dopuštenje je ograničeno na medicinske postupke u sljedećem vremenskom razdoblju:

---

Razumijem da informacije koje se upotrijebe ili otkriju u skladu s ovim dopuštenjem mogu dalje objaviti druge ustanove ili osobe i da te informacije više neće biti zaštićene saveznim zakonom. No isto tako razumijem da saveznim i državnim zakonima može biti ograničeno daljnje otkrivanje informacija o HIV-u/AIDS-u, informacija o mentalnom zdravlju i informacija o dijagnozi, liječenju ili uputnicama izdanima u slučaju ovisnosti o drogama.

Niste dužni potpisati ovo dopuštenje. Ako ga odbijete potpisati, to neće negativno utjecati na vaše pravo na primanje zdravstvenih usluga ili naknadu troškova za primljene usluge. Jedina okolnost u kojoj odbijanje potpisivanja znači da vam neće biti pružene zdravstvene usluge jest ako je jedina svrha zdravstvenih usluga pružanje zdravstvenih informacija trećoj strani za koje je potrebno dopuštenje. Ako ne potpišete ovo dopuštenje, to neće negativno utjecati na sklapanje zdravstvenog osiguranja ili vaše pravo na naknade iz zdravstvenog osiguranja, osim ako su informacije koje se pružaju u okviru ovog dopuštenja neophodne da bi se utvrdilo ispunjavate li uvjete za sklapanje zdravstvenog osiguranja.

Ovo dopuštenje možete u svakom trenutku opozvati pisanim putem. Ako opozovete dopuštenje, gore navedene informacije više se neće smjeti upotrebljavati ili otkrivati u svrhe navedene u dopuštenju. Jedina iznimka je ako je ovlaštena strana poduzela radnje temeljem ovlaštenja ili ako je ovlaštenje dobiveno kao uvjet za sklapanje osiguranja. Da biste opozvali dopuštenje, pošaljite pisanu izjavu na sljedeću adresu:

Affirmative Action & Equal Opportunity Department  
Mail code MP240  
3181 SW Sam Jackson Park Road  
Portland, OR 97239  
Fax: 503-494-8810  
Email: [aaeo@ohsu.edu](mailto:aaeo@ohsu.edu)

### POTPIS

Pročitao/la sam dopuštenje i razumijem ga.

Ime i prezime  
tiskanim slovima: \_\_\_\_\_

Datum isteka  
valjanosti  
dopuštenja za  
otkrivanje  
zdravstvenih  
informacija:\* \_\_\_\_\_

Potpis: \_\_\_\_\_

Današnji datum: \_\_\_\_\_

\* Ako nije drugačije navedeno, dopuštenje istječe jednu godinu od datuma potpisivanja.