

Formulir Penilaian Kebutuhan di Tempat Kerja untuk Staf dengan Disabilitas

Disabilitas dapat terlihat maupun tidak terlihat. Penilaian ini bersifat sukarela dan bertujuan untuk mendukung terciptanya tempat kerja yang aman dan inklusif bagi karyawan penyandang disabilitas.

Bagian A: Informasi Pribadi

Kolom	Tanggapan
Nama	
Jabatan	
Departemen/Tim	
Supervisor/Manajer	
Informasi Kontak	
Metode komunikasi yang disukai (contoh: email, langsung, bahasa isyarat)	

Bagian B: Aksesibilitas Tempat Kerja & Produktivitas

(Hanya berikan informasi yang Anda merasa nyaman untuk dibagikan. Informasi ini bersifat rahasia).

Apakah Anda mengalami kesulitan dalam melakukan salah satu aktivitas berikut (meskipun menggunakan alat bantu)? Silakan centang satu jawaban untuk setiap aktivitas.

1. Melihat, meskipun menggunakan kacamata

☐ Tidak ada kesulitan ☐ Ada sedikit kesulitan ☐ Banyak kesulitan ☐ Sama sekali tidak dapat melakukannya

2. Mendengar, meskipun menggunakan alat bantu dengar

☐ Tidak ada kesulitan ☐ Ada sedikit kesulitan ☐ Banyak kesulitan ☐ Sama sekali tidak dapat melakukannya

3. Berjalan atau menaiki tangga

☐ Tidak ada kesulitan ☐ Ada sedikit kesulitan ☐ Banyak kesulitan ☐ Sama sekali tidak dapat melakukannya

4. Mengingat atau berkonsentrasi

☐ Tidak ada kesulitan ☐ Ada sedikit kesulitan ☐ Banyak kesulitan ☐ Sama sekali tidak dapat melakukannya

5. Merawat diri sendiri (misalnya, mandi seluruh tubuh atau berpakaian)

☐ Tidak ada kesulitan ☐ Ada sedikit kesulitan ☐ Banyak kesulitan ☐ Sama sekali tidak dapat melakukannya

6. Berkomunikasi (misalnya, memahami atau dipahami)

☐ Tidak ada kesulitan ☐ Ada sedikit kesulitan ☐ Banyak kesulitan ☐ Sama sekali tidak dapat melakukannya

Bagian C: Kebutuhan Penyesuaian di Tempat Kerja

Apabila Anda menyatakan 'ada sedikit kesulitan' atau lebih pada bagian sebelumnya, mohon uraikan penyesuaian atau dukungan yang mungkin Anda perlukan agar dapat menjalankan peran Anda secara aman dan efektif.

Bagian D: Aksesibilitas Tempat Kerja & Produktivitas

Pertanyaan	Tanggapan
Apakah Anda menghadapi hambatan saat menjalankan tugas pekerjaan Anda? <i>Jika ya, mohon jelaskan.</i>	
Apakah ada tantangan fisik, digital, atau komunikasi di lingkungan kerja Anda?	
Apakah Anda merasa aman di ruang kerja Anda saat ini? <i>Jika tidak, mohon jelaskan.</i>	
Apakah ada tantangan atau kekhawatiran terkait evakuasi darurat?	
Apa yang dapat membantu Anda bekerja dengan lebih nyaman, aman, atau efisien? <i>(contoh: peralatan khusus, perangkat lunak, perubahan jadwal kerja)</i>	
Apakah ada bagian tempat kerja yang sulit Anda akses? <i>(contoh: kamar mandi, ruang rapat, dapur)</i>	
Apakah Anda membutuhkan dukungan untuk pengaturan kerja jarak jauh atau platform daring?	

Bagian E: Rekomendasi

(Untuk diisi oleh HR, Focal Point Inklusi Disabilitas, atau Terapis Kerja)

Area Kebutuhan	Rekomendasi	Penanggung Jawab	Jadwal
<i>Contoh: tempat duduk</i>	<i>Sediakan kursi ergonomis</i>	<i>HR Manager</i>	<i>July 1st</i>

Bagian F: Persetujuan & Langkah Selanjutnya

Pertanyaan	Tanggapan
Apakah Anda setuju untuk membagikan informasi ini kepada HR dan supervisor Anda untuk tujuan pemberian dukungan? <i>(Ya/Tidak)</i>	
Komentar atau kekhawatiran tambahan	

Tanda Tangan Staf: _____ Tanggal: _____

Nama & Peran Penilai (jika ada): _____ Tanggal:
