



Patrono con Igualdad de Oportunidades en el Empleo y Acción Afirmativa (M/F/H/V): Se considerarán solicitudes para todos los puestos sin considerar raza, color, sexo, edad, origen nacional, ciudadanía de individuos legalmente autorizados a trabajar en territorio americano, condición social, estado civil, ideas políticas o religiosas, condición de veterano incapacitado, veterano de la Era de Vietnam, impedimento físico, mental o sensorial y cualquier otra condición protegida por ley.

INSTRUCCIONES: Favor de completar esta solicitud en letra de molde. Puede utilizar tinta o maquina. Asegúrese de que todos los encasillados han sido debidamente completados y que ha firmado la misma.

Título del puesto vacante _____ Número de puesto _____ Número de convocatoria _____

Recinto/ unidad y oficina donde existe el puesto vacante: _____

Apellido paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____ Inicial _____

Si tiene menos de 18 años, ¿posee permiso otorgado por el Departamento del Trabajo? Sí No

¿Tiene familiares trabajando en la Universidad Interamericana de Puerto Rico? Sí No

Familiares en la Universidad: Mencione familiar(es) que trabaje(n) en alguna de las dependencias de nuestro Sistema Universitario y su parentesco con éstos.

Nombre	Unidad o Recinto	Parentesco
_____	_____	_____
Nombre	Unidad o Recinto	Parentesco

¿Ha trabajado anteriormente para la Universidad Interamericana de PR.? Sí No
 Número de Licencia de conducir _____
 (si es requisito para el puesto) Recinto o unidad: _____ Periodo: _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono(s)
 () _____ () _____ () _____ () _____
 Residencial Trabajo Móvil (celular) Otro

Dirección de Correo Electrónico (e-mail) _____

En caso de emergencia, favor indicar la(s) persona(s) a contactar: (orden de prioridad)

Apellido paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____ Inicial _____ Teléfono(s): () _____

Dirección: _____

Apellido paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____ Inicial _____ Teléfono(s): () _____

Dirección: _____

HISTORIAL DE EMPLEO

Como parte del proceso de evaluación de candidatos(as) a empleo, nos interesa obtener información relacionada con su desempeño actual o sus anteriores empleos. A esos efectos, favor indicar si nos autoriza a comunicarnos con:

Su patrono actual Sí No

Patrono(s) anterior(es) Sí No

Si su respuesta es **no**, explique: _____

EXPERIENCIA DE EMPLEO:

Incluya una relación de su experiencia de trabajo comenzando con su actual o más reciente empleo. Incluya cualquier asignación de servicio militar relacionada con el empleo y que tenga relación con el puesto que solicita. Puede excluir organizaciones que identifiquen raza, color, religión, afiliación política, sexo, edad, origen nacional, impedimento físico, mental o sensorial, condición de veterano de la Era de Vietnam u otra condición protegida por ley.

Título del puesto:		Periodo de empleo	
Nombre y dirección del patrono:		Desde	Hasta
Tipo de patrono (Ej.: Gobierno, manufactura, educación, etc.):		Salario mensual	Salario por hora:
Razón de separación de empleo:		Total de empleados supervisados (si aplica):	
Nombre del(la) supervisor(a) inmediato(a):		Teléfono: ()	

Título del puesto:		Periodo de empleo	
Nombre y dirección del patrono:		Desde	Hasta
Tipo de patrono (Ej.: Gobierno, manufactura, educación, etc.):		Salario mensual	Salario por hora:
Razón de separación de empleo:		Total de empleados supervisados (si aplica):	
Nombre del(la) supervisor(a) inmediato(a):		Teléfono: ()	

Título del puesto:		Periodo de empleo	
Nombre y dirección del patrono:		Desde	Hasta
Tipo de patrono (Ej.: Gobierno, manufactura, educación, etc.):		Salario mensual	Salario por hora:
Razón de separación de empleo:		Total de empleados supervisados (si aplica):	
Nombre del(la) supervisor(a) inmediato(a):		Teléfono: ()	

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre:	Teléfono: ()
Nombre:	Teléfono: ()
Nombre:	Teléfono: ()

PREPARACIÓN ACADÉMICA

Nombre de la institución	Grado conferido
Promedio académico general:	Concentración(es) académica(s):

PUBLICACIONES

Tipo de publicación:	Tipo de publicación:
Título:	Título:
Casa editora o de publicación:	Casa editora o de publicación:

LICENCIAS O CERTIFICACIONES: (Indique las que posee para ejercer un oficio o profesión)

Tipo de licencia o certificación	Fecha de expedición	Número	Fecha de expiración

DESTREZAS/HABILIDADES

Programas de computadoras que sabe utilizar	
Idiomas que habla y escribe	
Manejo de equipo de oficina	
Otra(s)	

CURSOS O ADIESTRAMIENTOS (Relacionados con el puesto que solicita)

Título o Tema	Institución que lo ofreció	Fecha

CERTIFICACIÓN

Por la presente declaro que he de aceptar y obedecer las políticas, normas y reglamentos de la Universidad Interamericana de Puerto Rico si fuera empleado por ésta. La información aquí suministrada es correcta y sujeta a verificación, por lo que autorizo a la Universidad a llevar a cabo la investigación que estime necesaria. Reconozco además, que de proveer información falsa, la Universidad tiene el derecho de dar por terminado cualquier nombramiento o contrato de trabajo que me haya sido otorgado.

Firma del(la) solicitante

Fecha

De acuerdo con las disposiciones de la **Declaración Jeanne Clery**, sobre la Política de Seguridad en el Recinto y la **Ley sobre las Estadísticas del Crimen en los Recintos**, la Universidad Interamericana de Puerto Rico (UIPR), prepara un **Informe Anual sobre la Seguridad**, que incluye las estadísticas de los últimos tres años concernientes a los crímenes notificados a las oficinas de seguridad de los recintos. Para una copia de este informe, puede comunicarse con el **Decano de Administración** en el Recinto de su preferencia o acceda a <http://www.inter.edu/documentos>.

Revisada: abril 2016



**HOJA PARA OBTENER INFORMACION NECESARIA
PARA COMPLETAR INFORMES RELACIONADOS CON EL AREA DE IGUALDAD DE
OPORTUNIDADES EN EL EMPLEO Y EL PLAN DE ACCION AFIRMATIVA**

Esta hoja **no** forma parte de su solicitud de empleo, se mantendrá separada y sólo se utilizará para propósitos de la preparación de los informes relacionados con el Plan de Acción Afirmativa.

Agradeceremos mucho su colaboración para cumplir con las disposiciones federales que exigen proveer la información que aquí le estamos solicitando.

¿Cómo se enteró del puesto vacante, acervo de candidatos o quién lo refirió a la Universidad para solicitar empleo? Por favor, marque la respuesta, haciendo una marca en el encasillado que aplique:

- Convocatoria interna publicada en los tabloneros de anuncios de la UIPR
- Anuncio de periódico
- Convocatoria publicada en nuestra página de Internet (www.inter.edu)
- Anuncio en revista profesional
- Amigo o familiar
- Departamento del Trabajo
- Oficina de Asuntos de Veteranos
- Universidad o Colegio
- Rehabilitación Vocacional

Muchas gracias por su colaboración.

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma



**Universidad Interamericana de Puerto Rico
Oficina Central del Sistema**

INVITACIÓN A SOLICITANTES DE EMPLEO PARA AUTOIDENTIFICARSE COMO VETERANO(A) CON IMPEDIMENTO, VETERANO(A) DE LA ERA DE VIETNAM O COMO "OTRO(A) VETERANO(A) ELEGIBLE"(41 CFR Part 60-300.42)

La Universidad Interamericana es un contratista federal, sujeto a los requisitos de la **Ley de Asistencia para el Reajuste de los Veteranos de la Era de Vietnam** de 1974, según enmendada por la Ley de Empleos para Veteranos del 2002 (38 U.S.C. 4212 (VEVRAA)), que requieren que como patrono, tomemos acción afirmativa para emplear y ascender a (1) veteranos con impedimento, veteranos recientemente licenciados (3) veteranos *que estuvieron en servicio activo durante una guerra o que sirvieron en una campaña o expedición para la cual se confirió un "badge"* y (4) veteranos con medallas de las fuerzas armadas. Estas clasificaciones se definen como sigue:

Veterano con impedimento:

- Veterano del Ejército de los Estados Unidos en servicio militar por tierra (infantería), aire (fuerza aérea) y agua (naval) que es elegible para recibir compensación *(o quien por ser militar retirado es elegible a recibir compensación)* bajo las leyes administradas por el Secretatio de Asuntos del Veterano; o
- Individuo que fue relevado o licenciado de servicio activo debido a una incapacidad asociada con el servicio militar.

Veterano separado de servicio recientemente:

- Veterano separado del servicio durante los pasados tres años, a partir de la fecha en que se licenció o fue relevado de servicio activo en alguna de las tres ramas del Ejército de los Estados Unidos (infantería, fuerza aérea o naval).

Veterano que estuvo en servicio activo durante una guerra o veterano con un "badge" militar :

- Veterano que estuvo en servicio activo por tierra (infantería), aire (fuerza aérea) y agua (naval) durante una guerra, campaña u expedición militar para la cual se autorizó una insignia o **"badge"** bajo las leyes administradas por el Departamento de Defensa de los Estados Unidos.

Veterano con medalla de servicio en las fuerzas armadas

- Veterano que, mientras estuvo en servicio activo en la milicia de Estados Unidos: infantería, fuerza aérea o naval, participó en una operación militar de los Estados Unidos en la que se confirió una medalla de servicio en las fuerzas armadas conforme a la Orden Ejecutiva 12985.

Los veteranos protegidos pueden tener derechos adicionales bajo USERRA – *Uniformed Services Employment and Reemployment Act*. En particular, si usted estuvo en licencia o fuera de su empleo con el fin de rendir servicio militar, puede ser elegible para ser reemplazado por su patrono en el puesto que hubiera obtenido con certeza razonable, de no haber sido por estar en licencia militar.

Para más información, puede llamar, libre de cargos, al Servicio de Adiestramiento y Empleo del Departamento del Trabajo Federal (VETS) por el 1-866-4-USA-DOL.

Si usted pertenece a alguna de las categorías de veteranos protegidos indicadas arriba, por favor indíquelo, marcando el encasillado correcto que aparece más adelante.

Como contratista federal sujeto a VEVRAA, requerimos esta información para medir la efectividad del alcance y los esfuerzos positivos de reclutamiento que llevamos a cabo conforme a VEVRAA.

Soy una persona perteneciente a una o más de las clasificaciones de veteranos protegidas arriba indicadas.

No soy un veterano protegido.

(Continúa en la página siguiente)

Divulgar esta información es voluntario y el no proveerla no lo expondrá a ningún trato adverso o negativo. La información provista será utilizada en forma consistente con la **Ley de Asistencia para el Reajuste de los Veteranos de la Era de Vietnam** de 1974, (*Vietnam Era Readjustment Assistance Act* of 1974), según enmendada.

La información que usted someta se mantendrá de manera confidencial, excepto que (i) supervisores y gerentes deban ser informados sobre restricciones relacionadas con el trabajo o las funciones en el caso de veteranos con impedimentos, y sobre acomodos necesarios; (ii) personal de seguridad y de primeros auxilios pudieran ser informados, hasta donde sea necesario, de que usted posee una condición que pudiera requerir tratamiento de emergencia; y (iii) oficiales del gobierno encargados del cumplimiento de las leyes administradas por la Oficina Federal de Cumplimiento de Contratos (OFCCP), o del cumplimiento de la **Americans with Disabilities Act (Ley ADA)**, también pudieran ser informados.

Nombre en letra de molde (dos apellidos)

Fecha (día, mes y año)

La Universidad Interamericana de Puerto Rico es un patrono que ofrece igualdad de oportunidades en el empleo y toma acción afirmativa en el empleo de mujeres, veteranos protegidos y personas con impedimentos (M/F/V/H).

Marzo 2014

Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305
Numero de Control OMB 1250-0005
Vence el 31/1/2017
Página 1 de 2

¿Por qué se le está pidiendo que complete este formulario?

Debido a que nosotros hacemos negocios con el gobierno, tenemos que acercarnos, contratar y proporcionar igualdad de oportunidades a personas calificadas con discapacidad. Para ayudarnos a medir que tan bien lo estamos haciendo, le estamos pidiendo que nos diga si usted tiene alguna discapacidad o si alguna vez tuvo alguna discapacidad. Completar este formulario es voluntario, pero esperamos que usted elija hacerlo. Si usted está solicitando un empleo, cualquier respuesta que usted proporcione se mantendrá confidencial y no será utilizada en su contra de ninguna manera.

Si usted ya trabaja para nosotros, su respuesta no será utilizada en su contra de ninguna manera. Debido a que una persona puede convertirse en discapacitada en cualquier momento, estamos obligados a solicitar a todos nuestros empleados que actualicen su información cada cinco años. Usted puede voluntariamente identificar que tiene alguna discapacidad en este formulario sin temor a ningún castigo porque no identificó que tenía alguna discapacidad antes.

¿Cómo puedo saber si tengo una discapacidad?

Se considera que usted tiene una discapacidad si usted tiene un impedimento físico o mental o una condición médica que limita sustancialmente alguna actividad importante de la vida, o si usted tiene un historial o registro de tal impedimento, o condición médica.

Las discapacidades incluyen, pero no se limitan a:

- Ceguera
- Sordera
- Cáncer
- Diabetes
- Epilepsia
- Autismo
- Parálisis cerebral
- HIV/SIDA
- Esquizofrenia
- Distrofia muscular
- Trastorno bipolar
- Depresión aguda
- Esclerosos múltiple
- Ausencia de extremidades o Ausencia parcial de extremidades
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Deficiencias que requieren el uso de una silla de ruedas
- Discapacidad intelectual (antes llamado retraso mental)

Favor marcar una de las casillas siguientes:

- SÍ, TENGO UNA DISCAPACIDAD (o he tenido una discapacidad)
- NO, NO TENGO NINGUNA DISCAPACIDAD
- NO DESEO CONTESTAR

Su Nombre

Fecha del día de Hoy

Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305
Numero de Control OMB 1250-0005
Vence el 31/1/2017
Página 2 de 2

Notificación de Ajustes Razonables

La ley federal requiere que los empleadores proporcionen ajustes razonables a personas calificadas con discapacidades. Favor díganos si usted necesita algún ajuste razonable para solicitar un empleo o para desempeñar su trabajo. Ejemplos de ajustes razonables incluyen hacer un cambio en el proceso de aplicación o los procedimientos de trabajo, proporcionar los documentos en un formato alternativo, el uso de un intérprete de lenguaje de signos, o el uso de equipo especializado.

¹ Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y sus modificatorias. Para obtener más información acerca de este formulario o sobre las obligaciones de igualdad en el empleo de contratistas federales, visite la página web de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP, por sus siglas en ingles) del Departamento de Trabajo de los EE.UU. www.dol.gov/ofccp.

DECLARACIÓN PÚBLICA OBLIGATORIA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que la misma muestre un número de control OMB válido. Esta encuesta debe tomar alrededor de 5 minutos para ser completada.