



CFSE 04-006
julio/2023

PO BOX 365028 San Juan PR 00936-5028
recursoshumanos@fondopr.com

SOLICITUD DE EMPLEO

Examen sin Comparecencia

La Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE) es un patrono con igualdad de oportunidades en el empleo; no discrimina por razón de edad, raza, color, sexo, género, identidad de género, orientación sexual, estado de embarazo, nacimiento, nacionalidad, origen social o nacional, condición social, estado civil, afiliación o ideas políticas, religiosas o información genética, por ser víctima o ser percibida como víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho, ni por impedimento físico, mental o sensorial, por ser militar, exmilitar, servir o haber servido en las fuerzas armadas en los Estados Unidos o por ostentar la condición de veterano.

Instrucciones:

Presente esta Solicitud de Empleo para participar en aquellas convocatorias que entienda cumple con los requisitos establecidos. Complimentar en todas sus partes siguiendo las instrucciones indicadas y según aplique a su participación. Provea toda la información requerida, no la sustituya por un resume o cualquier otro documento. Asegúrese de presentar todos los documentos que se requieren para validar la información que indicó en la solicitud de empleo. Por consiguiente, toda la información indicada en la misma debe estar en armonía con la evidencia que la sustente. Es responsabilidad del participante proveer toda la información legible para que pueda ser evaluada la experiencia de empleo, preparación académica, adiestramientos o combinación de éstos, conforme con los requisitos establecidos, ya que constituye un EXAMEN SIN COMPARECENCIA. Posterior a la fecha de cierre de convocatoria, no se aceptará solicitud de empleo o documento alguno. No cumplir con las instrucciones indicadas, impedirá que se determine su elegibilidad o limitará la puntuación que pudiera obtener.

INFORMACIÓN PERSONAL	
Escriba en letra legible / No deje espacios en blanco	
1. Nombre y Apellidos: _____ Seguro Social: XXX-XX- _____	2. Número de la Convocatoria que Solicita: _____ Número del Puesto(s): _____ Título del Puesto: _____
3. Dirección Postal: _____ _____ _____	4. Números Telefónicos: Celular: _____ Residencial: _____ Oficina: _____ Ext. _____ Correo electrónico: _____
5. ¿Es empleado de la CFSE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es empleado de la Rama Ejecutiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique: Fecha: (día-mes-año) _____ Clasificación: _____ Ubicación: _____ ¿Fue empleado de CFSE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Fue empleado de la Rama Ejecutiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique: Fecha: (día-mes-año) _____ Razón para la terminación: _____ ¿Es ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está autorizado a trabajar en el Gobierno de Puerto Rico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Los ciudadanos estadounidenses naturalizados deben mostrar el Certificado de Naturalización. Extranjeros legalmente autorizados a trabajar en los Estados Unidos deben presentar documento vigente de autorización de empleo. Visa de trabajo: Número: _____ Fecha de Expiración: (día-mes-año) _____	6. Como aspirante a empleo, no está obligado a informar que es una persona con impedimento, veterano o participante de los programas de asistencia económica gubernamental. No obstante, tiene derecho a hacerlo para reclamar la puntuación adicional establecida por las leyes concernidas, la cual será adjudicada posterior a la determinación de elegibilidad de acuerdo con los requisitos del puesto emitido. a. ¿Es una persona con impedimentos calificada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si usted es una persona con impedimentos calificada e interesa que se le considere para los beneficios otorgados por la Ley 81 - 1996, mejor conocida como la Ley de Igualdad de Oportunidades de Empleo para Personas con Impedimentos, someta un certificado médico con no más de doce (12) meses de expedido o presente cualquier otra evidencia que valide su condición. b. ¿Es usted veterano del servicio militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si usted es veterano e interesa que se le considere para los beneficios de la Ley 203 - 2007, mejor conocida como la Carta de Derechos del Veterano Puertorriqueño del Siglo XXI, someta una Certificación de Licenciamiento Honorable (Formulario DD - 214) o una certificación expedida al efecto por la Administración Federal Veteranos o por la autoridad federal correspondiente. c. ¿Usted participa en el Programa de Ayuda Temporal para Familias necesitadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si usted es elegible para los beneficios de la Ley Pública Federal Núm. 104-193 de 22 de agosto de 1996, según enmendada "Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidad Laboral en Puerto Rico", someta una certificación del programa con no más de treinta (30) días de expedida y la cual indique que está próximo a cumplir sesenta (60) meses de participar en dichos beneficios.

7. ¿Tiene familiar(es) trabajando en la Corporación del Fondo del Seguro del Estado Sí No

En caso de afirmativo, indique:

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

¿Tiene familiar (es) contratado por servicios profesionales o que brinde servicios en la Corporación del Fondo del Seguro del Estado? Sí No

En caso de afirmativo, indique:

_____	_____	_____
Nombre y Apellido	Localidad	Parentesco
_____	_____	_____
Nombre y Apellido	Localidad	Parentesco
_____	_____	_____
Nombre y Apellido	Localidad	Parentesco

8. ¿Es adicto al uso habitual o excesivo de sustancias controladas

o bebidas alcohólicas? Sí No

¿Ha sido convicto por algún delito? Sí No

¿Ha sido destituido de algún puesto público? Sí No

¿Ha sido usted inhabilitado para trabajar en el servicio público? Sí No

De haber sido inhabilitado, ¿Ya fue usted habilitado por el Secretario del Departamento del Trabajo? Sí No

Presente evidencia de haber sido habilitado por el Secretario del Departamento del trabajo.

* Antes de continuar con la # 9, deberá contestar todos los encasillados.

9. Documentos sobre condiciones de empleo establecidos por ley:

a. Certificación de Radicación de Planillas de Contribución de Ingresos.

b. Certificación de razones por las cuales el contribuyente no está obligado por ley a rendir planillas de contribución sobre ingresos.

c. Certificación de cumplimiento o de deuda de asume en original

10. Solo en aquellas convocatorias que se establezca registro de elegibles continuo, indique dónde aceptaría empleo:

<input type="checkbox"/> Hospital Industrial	<input type="checkbox"/> Oficina Central	<input type="checkbox"/> Oficina Regional de:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dispensario de:		
_____	_____	_____

PREPARACIÓN ACADÉMICA

Instrucciones:

Será evaluada solo la preparación académica evidenciada que está directamente relacionada conforme con los requisitos establecidos en la convocatoria para determinar la elegibilidad, otorgar puntuación adicional o combinación de ambas según aplique. Detalle toda la información requerida de acuerdo con lo establecido en la convocatoria y en armonía con el documento que valide la misma. Según sea el caso, acompañe la transcripción de créditos en original que incluya la(s) concentración(es) y el índice académico obtenido. Es requisito que la misma contenga la firma del registrador de la Institución Educativa.

En lugar de la transcripción de créditos correspondiente al grado conferido, se aceptará una certificación de grado. Es requisito que esta certificación de grado académico conferido incluya la(s) concentración(es) obtenida(s), índice de graduación y la firma del registrador de la institución educativa. No se aceptarán copias de diplomas en sustitución de la transcripción de créditos.

De usted estar realizando estudios conducentes a un grado académico deberá presentar una transcripción de créditos en original firmada por el registrador de la Institución Educativa que evidencie los cursos aprobados. No se aceptarán informes de cursos aprobados emitidos por la Institución Educativa a través de su página electrónica, ya que estos no contienen la firma del registrador. En lo que respecta a los adiestramientos, cursos, talleres, conferencias o simposios, incluya los que están directamente relacionados con las funciones del puesto emitido. Los grados obtenidos en el extranjero deberán estar acompañados de la debida certificación de acreditación por las autoridades competentes. El participante que no cumpla con estos requerimientos, su preparación académica no será considerada para determinar elegibilidad u otorgar puntuación adicional.

11. ¿Completó los requisitos de graduación de escuela superior o su equivalente? Sí No

Indique nombre y dirección de la escuela: _____

Indique el curso aprobado: General Comercial Secretarial Oficinista Dactilógrafo Taquigrafía Oficinista Contabilidad

Otro: _____

De no haberse graduado de escuela superior, indique el grado académico más alto obtenido: _____

¿Posee algún grado universitario o técnico? Sí No En caso afirmativo indique universidad o institución de educación superior que haya estudiado:

INSTITUCIÓN	FECHAS DESDE/HASTA (día-mes-año)	CRÉDITOS APROBADOS	GRADO OBTENIDO	FECHA DE GRADUACIÓN (día-mes-año)	CONCENTRACIÓN

Anote y presente copia de los adiestramientos, cursos, talleres, conferencias o simposios directamente relacionados con las funciones del puesto que solicita. No serán considerados los que formen parte de la educación continua requerida por alguna ley que regule el ejercicio de una profesión u oficio o aquellos que forman parte de las materias que requiere la Ley de Ética Gubernamental.

1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

CONOCIMIENTOS Y DESTREZAS

¿Ha aprobado curso(s) o crédito(s) universitarios en las siguientes materias? Conteste todas las preguntas; **no deje espacios en blanco.**

MATERIA	NOMBRE DEL CURSO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	Fecha: (día-mes-año)	Marque con una X si es un curso, créditos universitarios o no aplica		
				CURSO	CREDITOS	N/A
Archivo						
Mecanografía o Manejo del Teclado						
Escritura Rápida o Taquigrafía en Español						
Escritura Rápida o Taquigrafía en Inglés						
Transcripción en Español						
Transcripción en Inglés						
Otro: directamente relacionado con el puesto						
Computadora						
Contabilidad						
Estadísticas						
Seguros						

PROFESIÓN U OFICIO REGULADO POR LEY

12. Indique aquellas profesiones u oficios regulados por ley y acompañe copia de la evidencia acreditativa que cumpla con las regulaciones establecidas para ejercer éstas en Puerto Rico. De no hacerlo, no se considerará su elegibilidad.

NOMBRE PROFESIÓN U OFICIO	NÚMERO DE LICENCIA	FECHA EXPEDIDA (día-mes-año)	FECHA DE EXPIRACIÓN (día-mes-año)

Nombre del Solicitante: _____

EXPERIENCIA DE TRABAJO

Instrucciones:

Será evaluada conforme con los requisitos establecidos en la convocatoria para determinar elegibilidad, otorgar puntuación adicional o combinación de ambas según aplique. Detalle toda la información requerida en esta solicitud, no la sustituya por un resume o cualquier otro documento. Comience con su actual o último empleo. Si el espacio provisto no es suficiente para completar la información requerida, añada una hoja siguiendo el mismo patrón establecido. Presente una certificación de empleo correspondiente a cada experiencia indicada en esta solicitud. Dicha certificación autentificará y validará la información provista, a saber:

- Nombre del puesto y su ubicación
- Fecha en que comenzó y finalizó el periodo trabajado (día, mes y año)
- Cantidad de horas, si se trata de una jornada parcial
- Descripción de las funciones esenciales del puesto
- Tanto en el sector público como en el privado, las certificaciones de empleo requerirán la firma de la Autoridad Nominadora o en su lugar la del Director de Recursos Humanos o un funcionario autorizado por este que por la naturaleza de su trabajo tenga la autoridad para acreditar la información. Además, de contener la firma de la persona autorizada, deberá indicar el título del puesto que ocupa.
- Los empleados y exempleados de la CFSE tendrán que presentar una certificación de empleo para la experiencia adquirida dentro y fuera de la CFSE y será considerada de acuerdo con la reglamentación provista para las convocatorias gerenciales o los acuerdos contractuales en aquellos puestos pertenecientes a las diferentes unidades apropiadas.
- Recursos Humanos certificará la experiencia obtenida mediante designación oficial para realizar un interinato que cumpla con los requisitos del puesto. Los interinatos realizados vía excepción no serán considerados para determinar elegibilidad u otorgar puntuación.
- Se aceptarán Declaraciones Juradas con el propósito de certificación de empleo cuando la compañía o instrumentalidad pública haya cerrado operaciones en o fuera de Puerto Rico o la experiencia se obtuvo en un negocio propio. Las Declaraciones Juradas tienen que contener la información que se requiere en una certificación de empleo, según las especificaciones antes mencionadas en la convocatoria. Además, se podrá presentar una Declaración Jurada para detallar las funciones realizadas, cuando una certificación de empleo no la contenga debido a que la política interna del patrono impida no ofrecer ese tipo información; en este caso la declaración jurada estará acompañada de la certificación de empleo. En todas las circunstancias se deberá especificar la razón por la cual se presenta.
- La experiencia adquirida será considerada siempre y cuando haya sido obtenida, con posterioridad a la preparación académica requerida.

El participante que no cumpla con estos requerimientos no será considerado la experiencia de empleo para determinar elegibilidad u otorgar puntuación adicional.

Comience con su actual o último empleo.

Escriba toda la información requerida en letra legible (no deje espacios en blanco).

Si el espacio provisto no es suficiente, anexe una hoja y siga el mismo patrón.

Título Oficial del Puesto: _____ Ubicación del Puesto: _____ Nombre del Patrono: _____ Dirección y Teléfono del Patrono: _____ Nombre Supervisor Inmediato: _____ Escriba, en orden de importancia, las funciones esenciales o fundamentales de su puesto: _____ _____ _____ _____ Si es o fue supervisor indique cantidad de empleados bajo su dirección: _____	Fecha	día	mes	año	día	mes	año
	Empleado del Gobierno	Indique, según aplique: <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Servicio de Carrera <input type="checkbox"/> Servicio de Confianza					
	Empleado CFSE	Experiencia por Designación Oficial Interina: <input type="checkbox"/> Reunía los requisitos del puesto <input type="checkbox"/> No reunía los requisitos del puesto					
	Empleado Empresa Privada	Indique, según aplique: <input type="checkbox"/> Jornada Completa <input type="checkbox"/> Cantidad de Horas (jornada parcial) _____ <input type="checkbox"/> Experiencia en Negocio Propio					

Título Oficial del Puesto: _____ Ubicación del Puesto: _____ Nombre del Patrono: _____ Dirección y Teléfono del Patrono: _____ Nombre Supervisor Inmediato: _____ Escriba, en orden de importancia, las funciones esenciales o fundamentales de su puesto: _____ _____ _____ _____ Si es o fue supervisor indique cantidad de empleados bajo su dirección: _____	Fecha	Desde			Hasta		
		día	mes	año	día	mes	año
	Empleado del Gobierno	Indique, según aplique: <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Servicio de Carrera <input type="checkbox"/> Servicio de Confianza					
Empleado CFSE	Experiencia por Designación Oficial Interina: <input type="checkbox"/> Reunía los requisitos del puesto <input type="checkbox"/> No reunía los requisitos del puesto						
Empleado Empresa Privada	Indique, según aplique: <input type="checkbox"/> Jornada Completa <input type="checkbox"/> Cantidad de Horas (jornada parcial) _____ <input type="checkbox"/> Experiencia en Negocio Propio						
Título Oficial del Puesto: _____ Ubicación del Puesto: _____ Nombre del Patrono: _____ Dirección y Teléfono del Patrono: _____ Nombre Supervisor Inmediato: _____ Escriba, en orden de importancia, las funciones esenciales o fundamentales de su puesto: _____ _____ _____ _____ Si es o fue supervisor indique cantidad de empleados bajo su dirección: _____	Fecha	Desde			Hasta		
		día	mes	año	día	mes	año
	Empleado del Gobierno	Indique, según aplique: <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Servicio de Carrera <input type="checkbox"/> Servicio de Confianza					
Empleado CFSE	Experiencia por Designación Oficial Interina: <input type="checkbox"/> Reunía los requisitos del puesto <input type="checkbox"/> No reunía los requisitos del puesto						
Empleado Empresa Privada	Indique, según aplique: <input type="checkbox"/> Jornada Completa <input type="checkbox"/> Cantidad de Horas (jornada parcial) _____ <input type="checkbox"/> Experiencia en Negocio Propio						
Título Oficial del Puesto: _____ Ubicación del Puesto: _____ Nombre del Patrono: _____ Dirección y Teléfono del Patrono: _____ Nombre Supervisor Inmediato: _____ Escriba, en orden de importancia, las funciones esenciales o fundamentales de su puesto: _____ _____ _____ _____ Si es o fue supervisor indique cantidad de empleados bajo su dirección: _____	Fecha	Desde			Hasta		
		día	mes	año	día	mes	año
	Empleado del Gobierno	Indique, según aplique: <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Servicio de Carrera <input type="checkbox"/> Servicio de Confianza					
Empleado CFSE	Experiencia por Designación Oficial Interina: <input type="checkbox"/> Reunía los requisitos del puesto <input type="checkbox"/> No reunía los requisitos del puesto						
Empleado Empresa Privada	Indique, según aplique: <input type="checkbox"/> Jornada Completa <input type="checkbox"/> Cantidad de Horas (jornada parcial) _____ <input type="checkbox"/> Experiencia en Negocio Propio						

Nombre del Solicitante: _____

ADVERTENCIA

La prueba de detección de sustancias controladas es un requisito previo al nombramiento de nuevo ingreso en la Corporación del Fondo del Seguro del Estado.

DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL SOLICITANTE:

Lea las siguientes aseveraciones, si está de acuerdo, firme el espacio provisto y entregue la solicitud.

Declaro bajo penalidad de perjurio, que he examinado la información ofrecida por mí en esta Solicitud de Empleo y en los documentos que la acompañan, y según mi mejor criterio, la misma es cierta, correcta y completa y ha sido hecha de buena fe, sin intención de desvirtuar los hechos o cometer fraude. Entiendo que cualquier declaración falsa sobre los hechos aquí informados, o documentos que la acompañen, será suficiente causa para que la CFSE pueda denegar mi nombramiento. De haber sido nombrado, se me podrá separar del puesto que ocupe. Además, de cualquier otra medida que corresponda, según la reglamentación aplicable.

Autorizo a que la CFSE realice cualquier investigación con relación a la información aquí provista. De igual manera, autorizo a las personas concernidas, sean patronos o instituciones educativas, a suministrar a la CFSE toda la información que se les requiera para validar la misma. De proceder dicho nombramiento, doy mi consentimiento para que la Solicitud de Empleo, al igual que los documentos que la acompañan, incluyendo aquellos solicitados en el proceso de nombramiento, pertenezca a la CFSE y no sean devueltos.

Estoy de acuerdo en que, de ser seleccionado para ocupar el puesto solicitado, previo al nombramiento, me someteré a la prueba de sustancias controladas como condición de empleo de conformidad con la Ley 78, de 14 de agosto de 1997, según enmendada mejor conocida como la Ley para Reglamentar las Pruebas para la Detección de Sustancias Controladas en el Empleo en el Sector Público y la reglamentación de la CFSE. Autorizo a que el resultado de esta se notifique a la CFSE. Además, acepto que, de resultar positiva dicha prueba o la negativa de someterme a la misma, serán razones suficientes para no proceder con el nombramiento.

Y para que así conste, afirmo que entiendo y acepto las normas, advertencias y condiciones descritas, por lo que firmo este documento. Además, certifico con mi firma que como solicitante no estoy incumpliendo con lo ordenado en la Ley Núm. 168-2000, según enmendada, conocida como la "Ley para el Fortalecimiento de Apoyo Familiar y Sustento de Personas de Edad Avanzada".

Firma del solicitante en original

Fecha: (día-mes-año)

NO escriba debajo de esta línea, ya que es solo para el uso oficial de la Corporación.

Observaciones:

Evaluado por:

Nombre y Firma del Analista

Fecha: (día-mes-año)

Revisado por:

Nombre y Firma del Supervisor Inmediato o su Representante Autorizado

Fecha: (día-mes-año)

**HOJA DE COTEJO DE DOCUMENTOS ENTREGADOS
CON LA SOLICITUD DE EMPLEO**

Instrucciones: Escriba en letra de molde y legible. No deje espacios en blanco, en aquellos que **no** aplique escriba las letras N/A. Para obtener evidencia de los documentos entregados, una vez cumplimentado este documento, proveerá una copia de este para que sea sellado al momento de la radicación de la solicitud de empleo. No se aceptarán documentos adicionales a los requeridos en la convocatoria.

Nombre del Participante: _____
 Número Convocatoria: _____ Número de Puesto(s): _____
 Título del Puesto: _____

A continuación, detallo la cantidad de documentos que anejo a la Solicitud de Empleo (CFSE 04-006) y que forman parte de la misma para la evaluación correspondiente a la convocatoria de referencia.

DOCUMENTOS SOBRE LOS REQUISITOS MÍNIMOS ESTABLECIDOS EN LA CONVOCATORIA

- A. Solicitud de Empleo: _____
- B. Evidencia de la preparación académica
 - Transcripción de créditos en original: _____
 - Certificación de grado _____
- C. Adiestramientos: _____
- D. Evidencia de experiencia(s) de empleo
 - Certificación de empleo: _____
 - Declaración jurada: _____
 - Hoja de deberes: _____
 - Especificación de clase: _____
- E. Resumé (opcional): _____

DOCUMENTOS SOBRE REGULACIONES DE LEY PARA EL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN U OFICIO

- F. Licencia para ejercer una profesión u oficio: _____
- G. Registro de Profesionales: _____
- H. Colegiación: _____
- I. Certificado de Cumplimiento "Good Standing": _____

DOCUMENTOS SOBRE CONDICIONES DE EMPLEO ESTABLECIDOS POR LEY

- K. Certificación de Radicación de Planillas de Contribución de Ingresos: _____
- L. Certificación de razones por las cuales el contribuyente no está obligado por ley a rendir planillas de contribución sobre ingresos: _____
- M. Certificación de Cumplimiento de Deuda de ASUME: _____

DOCUMENTOS PARA OBTENER PUNTUACIÓN ADICIONAL DISPUESTO POR LEYES ESPECIALES

Como aspirante a empleo, no está obligado a informar que es una persona con impedimento, veteranos o participante de los programas de asistencia gubernamental. No obstante, tiene derecho a hacerlo. Para reclamar la puntuación adicional establecida por las leyes correspondientes, deberá presentar la evidencia requerida.

- N. Beneficio de veteranos copia de la Forma DD-214, denominada Certificación de Licenciamiento Honorable, "Certificación de la Administración de los Veteranos" o NG22 (Formulario de la Guardia Nacional 22).
Especifique cuál de las certificaciones entrega: _____
- O. Beneficio de Veterano Activo: Verificación de Despliegue del Comandante "Commander's Verification of Deployment" o copia de la Orden Personal "Official Personnel Orders" u Órdenes Permanentes de Cambio de Asignación "Permanent Change of Station Order-PCS Orders" o una certificación de su unidad que indique que es miembro activo.
Especifique cuál de las certificaciones entrega: _____
- P. Beneficio para personas con impedimento: Copia de la tarjeta de identificación del Departamento de Salud o certificación médica.
Especifique cuál entrega: _____
- Q. Beneficio por el Programa de Asistencia Económica Gubernamental (Programa TANF): Certificación del programa con no más de treinta (30) días de expedida y la cual indique que está próximo a cumplir sesenta (60) meses de participar en dichos beneficios. _____

Observaciones: _____

ACUSE DE RECIBO:

Certifico que he leído la convocatoria y conozco los requerimientos de participación.

Firma del Participante

Firma del Funcionario que la Recibe

Fecha: (día-mes-año)

Fecha: (día-mes-año)



Recursos Humanos - Reclutamiento

INFORMACION ESTADISTICA PARA EL PROGRAMA DE ACCIÓN AFIRMATIVA

La Corporación del Fondo del Seguro del Estado es un patrono con igualdad de oportunidades en el empleo; **no discrimina** por razón de edad, raza, color, sexo, género, identidad de género, orientación sexual, estado de embarazo, nacimiento, nacionalidad, origen social o nacional, condición social, estado civil, afiliación o ideas políticas, religiosas o información genética, por ser víctima o ser percibida como víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho, ni por impedimento físico, mental o sensorial, por ser militar, exmilitar, servir o haber servido en las fuerzas armadas en los Estados Unidos o por ostentar la condición de veterano.

Para recopilar las estadísticas que nos requieren las leyes estatales y federales que garantizan la igualdad de oportunidades en el empleo, favor de completar este formulario, el cual se desprenderá de su solicitud. Esta información es voluntaria, confidencial y **no** formará parte de su expediente de personal.

Escriba en letra legible. No deje espacios en blanco.

Fecha de Radicación: _____

Clase de Puesto que Solicita: _____

Número de Convocatoria: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nacionalidad: Americana Otra: Especifique _____

Sexo: M F

Empleado de esta Corporación: Sí No

Dirección Residencial: _____

Indique si es elegible para solicitar los beneficios concedidos por alguna de las siguientes leyes:

Ley de Igualdad de Oportunidades de Empleo para Personas con Impedimentos

Carta de Derechos del Veterano Puertorriqueño del Siglo XXI

Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF)