

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD DE EXAMEN Y EMPLEO

1. Llenar este formulario en tinta, en letra de molde o a computadora.
2. Completar los encasillados y firmar todas las partes que así lo requieran. No se procesará ninguna solicitud que no esté debidamente completada.
3. Llenar una solicitud por cada examen que interese participar e indicar claramente el número de la convocatoria y el título del examen que solicita.
4. La solicitud debe ser acompañada con evidencia académica y de licencias que sean requeridas por la convocatoria a examen que solicita. También acompañará certificación de donde preste o haya prestado servicios que incluya lo siguiente:
 - A. Puesto ocupado por el solicitante;
 - B. Sueldo semanal, mensual o por hora si se trata de empleo o jornada parcial;
 - C. Fechas exactas en que adquirió la experiencia (día, mes y año) y cantidad de horas trabajadas, si se trata de un empleado a jornada parcial;
 - D. Jornada parcial;
 - E. Descripción de los deberes y naturaleza del trabajo

**SECRETARÍA DE RECURSOS HUMANOS Y SERVICIOS
AUXILIARES
DIVISIÓN DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN
SOLICITUD DE EXAMEN Y EMPLEO**

EL DEPARTAMENTO DE LA VIVIENDA Y SU AGENCIA ADSCRITA PROVEEN IGUALDAD DE OPORTUNIDAD EN EL EMPLEO, INDEPENDIEMENTE DE RAZA, COLOR, RELIGIÓN, EDAD, ORIGEN, NACIONALIDAD, SEXO, ESTADO CIVIL, VETERANO DE LA GUERRA, IMPEDIMENTO FÍSICO O MENTAL O CUALQUIER OTRO ESTADO PROTEGIDO POR LEY.	Nota Examen: Pref. Veterano: Otra Pref. Nota Final: Desempate:
Núm. Convocatoria:	
Título de Examen:	

NOMBRE			SEGURO SOCIAL			
(Apellido paterno) (Apellido materno) (Nombre)						
DIRECCIÓN RESIDENCIAL (NÚM., CALLE, URB., PUEBLO Y ZIP CODE)			TELÉFONO PERSONAL			
DIRECCIÓN POSTAL			TELÉFONO TRABAJO			
TIPO DE NOMBRAMIENTO QUE ACEPTARÍA			PUEBLOS DONDE ACEPTARÍA EMPLEO			
REGULAR	TRANSITORIO	JORNADA PARCIAL				
¿TOMÓ ESTE EXAMEN ANTERIORMENTE?			¿NECESITA AYUDA ESPECIAL PARA TOMAR EL EXAMEN?			
SÍ	NO	FECHA:	SÍ	NO	FECHA:	
¿HA SOLICITADO EMPLEO EN LA AGENCIA ANTERIORMENTE?			¿HA TRABAJADO EN LA AGENCIA ANTERIORMENTE?			
SÍ	NO	FECHA:	SÍ	NO	FECHA:	
¿ES MAYOR DE 18 AÑOS?			CIUDADANÍA			
SÍ	NO		ESTADOUNIDENSE	OTRA, ESPECIFIQUE		
PREPARACIÓN ACADÉMICA						
Nivel Educativo	Nombre y Dirección	Cursos o Concentración	Grado Obtenido	Créditos	Fecha	
					Mes	Año
Elemental						
Intermedia						
Superior						
Vocacional						
Comercial						
Universidad						
Estudios Post Graduados						
ENUMERE SOLAMENTE AQUELLOS CURSOS O ADIESTRAMIENTOS RELACIONADOS CON EL EXAMEN QUE SOLICITA						
Institución		Título de Curso		Duración del curso		
OTRAS DESTREZAS, ESPECIFIQUE			IDIOMA QUE CONOZCA			
			HABLA	ESCRIBE	ESPECIFIQUE:	
LICENCIAS PROFESIONALES		NÚMERO	Licencia Vehículo Pesado Licencia de Conducir Chofer		Núm. Licencia: Fecha Exp.:	
INFORME SERVICIO MILITAR					SÍ	NO
¿Ha estado en servicio activo en las fuerzas armadas de EE. UU.? No incluya entrenamiento, Reserva y Guardia Nacional						
¿Fue licenciado bajo condiciones honorables?						
¿Reclama usted el beneficio de puntos de Veteranos? Si es afirmativo, deberá presentar evidencia original (El beneficio de puntos a Veterano se aplicará después de aprobado el examen. Si desaprueba el mismo, no tiene derecho a los puntos.)						
Tipo de Preferencia para Veterano		Veterano		Veterano Incapacitado		
INDIQUE RAMA A LA QUE PERTENECIÓ, NÚMERO DE SERIE DEL SERVICIO ACTIVO Y FECHA DE SERVICIO						
Rama de Servicio:		Número:	Desde:	Hasta:		

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA IOE			
Para ayudarnos a mantener las estadísticas que nos requieren las leyes de Igualdad de Oportunidad en el Empleo, llene este formulario. Esta información será considerada confidencial y no formará parte de su expediente de personal.			
Indique el Pueblo donde reside:	Especifique si es:		Fecha de Radicación (día, mes, año):
	Zona Urbana	Zona Rural	
Preparación Académica:		Fecha de Nacimiento (día, mes, año):	Edad:
Color:	Sexo:		Nacionalidad:
Blanco Negro	Masculino Femenino	Estadounidense Otra, Especifique	
Información Estatus Veterano:		Impedimento Físico o Mental:	
Vietnam Incapacitado	Otro Especifique	Sí No	Especifique

EXPERIENCIA OCUPACIONAL		
Enumere sus trabajos anteriores comenzando con el más reciente. Incluya, si lo desea, copia de su resumé o de tener más información de experiencia ocupacional, favor utilizar hoja adicional.		
Fecha (día, mes, año):	Patrono y Dirección	Título del Puesto Ocupado y Supervisor Inmediato
Desde:		Título:
Hasta:		Supervisor:
Razón por la cual dejó el empleo:		
Descripción de Trabajo (Describa los deberes específicos y responsabilidades)		
Fecha (día, mes, año):	Patrono y Dirección	Título del Puesto Ocupado y Supervisor Inmediato
Desde:		Título:
Hasta:		Supervisor:
Razón por la cual dejó el empleo:		
Descripción de Trabajo (Describa los deberes específicos y responsabilidades)		
Fecha (día, mes, año):	Patrono y Dirección	Título del Puesto Ocupado y Supervisor Inmediato
Desde:		Título:
Hasta:		Supervisor:
Razón por la cual dejó el empleo:		
Descripción de Trabajo (Describa los deberes específicos y responsabilidades)		
Fecha (día, mes, año):	Patrono y Dirección	Título del Puesto Ocupado y Supervisor Inmediato
Desde:		Título:
Hasta:		Supervisor:
Razón por la cual dejó el empleo:		
Descripción de Trabajo (Describa los deberes específicos y responsabilidades)		

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS	SÍ	NO
¿Es adicto al uso habitual o excesivo de sustancias controladas alcohólicas?		
¿Ha sido convicto por delito grave (felony), indultado o su sentencia conmutada?		
¿Ha sido destituido de algún puesto público?		
¿Ha sido habilitado por el Director de la Oficina de Administración y Transformación de los Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico (OATRH)?		
¿Está obligado(a) a satisfacer una pensión alimentaria?		
¿Está al día en el pago de la pensión alimentaria o ejecuta y satisface un plan de pago? En caso afirmativo, acompañe documentación al efecto.		

Por la presente declaro que no abogo por el derrocamiento del Gobierno por la fuerza o la violencia, ni soy miembro de ninguna sociedad, grupo, asamblea u organización que abogue por el derrocamiento del Gobierno por la fuerza o la violencia. Declaro, además, que la información aquí contenida es exacta y verídica y que la misma ha sido expuesta sin la intención de desvirtuar los hechos o de cometer fraude. Tengo conocimiento que de descubrirse cualquier falsedad o fraude en relación con o por mí afirmado, mi solicitud de examen podrá ser denegada y mi nombre eliminado del registro de elegibles y de haber sido nombrado, se me podrá separar del puesto que ocupe. Se autoriza al patrono la corroboración de todo el contenido de este

documento.

NOTA

SERÁ CONDICIÓN PARA SOLICITAR, OBTENER O MANTENER CONTRATACIÓN O EMPLEO CON EL GOBIERNO DE PUERTO RICO, QUE:

1. Toda persona que esté obligada a satisfacer una pensión alimentaria, esté al día o ejecute y satisfaga un plan de pagos al efecto, conforme dispone la Ley Núm. 5 de 30 de diciembre de 1986, según enmendada, conocida como Ley Orgánica de la Administración para el Sustento de Menores.
2. Como parte de la evaluación médica requerida, a fin de determinar que la persona está apta para desempeñar las funciones del puesto para el cual se ha preseleccionado, se exigirá la presentación de un informe certificado de resultado de una prueba para la detección de sustancias controladas conforme dispone la Ley Núm. 78 de 14 de agosto de 1997, según enmendada, conocida como Ley para Reglamentar las Pruebas para la Detección de Sustancias Controladas en el Empleo en el Sector Público. Las pruebas serán requeridas no más tarde de 24 horas contadas a partir del recibo de la notificación por el candidato. La negativa de un candidato a someterse a la prueba o un resultado positivo corroborado en la misma, será causa suficiente para denegar el empleo.
3. Evidenciar al momento de la solicitud de empleo, que se ha rendido la planilla de contribución sobre ingresos durante los cuatro (4) años previos a la solicitud, si estaba obligada a rendir la misma, conforme dispone la Ley Núm. 254 -2000.
4. El Departamento de la Vivienda no discrimina por razones de raza, color, sexo, orientación sexual real o percibida y la identidad de género, nacimiento, edad, origen o condición social, por ideas políticas o religiosas, condiciones de veterano, impedimento físico o mental, por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho, ni por condición de beneficiario de asistencia bajo la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidad Laboral.
5. Es política del Departamento de la Vivienda combatir el grave problema de uso ilegal de sustancias controladas en Puerto Rico, mediante la detección de sustancias controladas en funcionarios y empleados de esta Agencia y su agencia adscrita, así como la implantación de un sistema complementario de referimiento para orientación, tratamiento y rehabilitación de las personas así afectadas.
6. Declaro que la información ofrecida por mí en esta solicitud es exacta y verídica y que he expresado la misma sin desvirtuar los hechos ni cometer fraude. Afirmo que los documentos que se incluyen con la misma son de carácter oficial y que no han sido alterados, entendiéndolo que éstos pasan a ser propiedad del Departamento de la Vivienda. Tengo conocimiento que cualquier tergiversación de hechos y/u omisión de información en forma deliberada de mi parte será causa suficiente para que se me descalifique como aspirante o se me destituya como incumbente de un puesto del Departamento de la Vivienda y su agencia adscrita, la Administración de Vivienda Pública.
7. Autorizo al Departamento de la Vivienda y su agencia adscrita, la Administración de Vivienda Pública, a realizar cualquier investigación sobre mis referencias personales, educativas y mi expediente de empleado en cualquiera de las instituciones (públicas y privadas) para las cuales he trabajado, según el procedimiento establecido para dicho propósito.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

RESUMEN DE EVALUACIÓN (NO ESCRIBA EN ESTOS ESPACIOS)

AGENCIA:

AÑO	MESES	PUNTOS
TOTAL		

REQUISITOS MÍNIMOS	
EXPERIENCIA ADICIONAL	
PREPARACIÓN ADICIONAL	
ENTREVISTA	
EXAMEN ESCRITO	
NOTA EXAMEN	
PREFERENCIA VETERANOS	
OTRA PREFERENCIA	
NOTA FINAL	

ACCIÓN TOMADA	ACEPTADA	DEVUELTA	DENEGADA

FECHA

TÉCNICO EVALUADOR

FECHA

REVISADO POR