



## SOLICITUD DE EMPLEO

La Administración de Terrenos de Puerto Rico es un patrono que provee igualdad de oportunidades de empleo.

Fecha	Nombre	1 <sup>er</sup> Apellido	2 <sup>do</sup> Apellido	Últimos 4 dígs. Seg Social
Dirección donde recibe correspondencia			Teléfonos	
			Correo electrónico	
Título del puesto que solicita				Núm. Convocatoria
¿Cómo se enteró de la disponibilidad de empleo? <input type="checkbox"/> Convocatoria <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> otros				
Indique si tiene alguna condición que requiere acomodo razonable para tomar el examen: <input type="checkbox"/> sordo <input type="checkbox"/> silla de ruedas <input type="checkbox"/> no vidente <input type="checkbox"/> otros				
La Ley 1-2004 otorga el beneficio de cinco puntos o el 5% de la puntuación total del examen a los beneficiarios de los programas de asistencia económica gubernamental. Indique si va a reclamar el derecho a preferencia:  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<u>Preferencia de Veterano</u> ¿Es veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es veterano incapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Para reclamar preferencia de veterano debe someter copia de la forma D-214 o, en su lugar, certificación de la Administración Federal de Veteranos.		
		Si desea que se le considere para los beneficios de la Ley Núm. 81 del 27 de julio de 1996, Ley de Igualdad de Oportunidades de Empleo para Personas con Impedimentos, deberá completar el formulario adjunto.		
¿Ha sido habilitado por el Secretario del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos o por el Director de la Oficina de Administración y Transformación de los Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico? <input type="checkbox"/> Sí (acompañe documentación) <input type="checkbox"/> No				
¿Es adicto al uso habitual o excesivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Ha sido convicto de algún delito grave (felony)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Ha sido destituido de algún puesto público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha sido indultado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
EDUCACIÓN				
Escuela y dirección	desde	hasta	Curso de estudio, Grado o Especialidad	
Elemental				
Intermedia				
Superior				
Universidad (Si estudió en instituciones fuera de Puerto Rico, indique dirección. Favor incluir evidencia)				
Cursos o adiestramientos relacionados con la clase que solicita (Favor incluir evidencia)				

Licencias <i>(detalle licencias que posee, indicando clase, número y fecha de vencimiento)</i>													
Número de colegiación _____				Fecha de admisión al ejercicio de la profesión _____									
Conocimiento de idiomas		Habla				Escribe				Entiende			
Español Inglés		<input type="checkbox"/> Bien		<input type="checkbox"/> Regular		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Bien		<input type="checkbox"/> Regular		<input type="checkbox"/> Pobre	
		<input type="checkbox"/> Bien		<input type="checkbox"/> Regular		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Bien		<input type="checkbox"/> Regular		<input type="checkbox"/> Pobre	
<b>EXPERIENCIA DE TRABAJO</b>													
<p>Incluya una relación de su experiencia comenzando con el empleo más reciente. Para considerar su experiencia previa, deberá incluir una certificación oficial que incluya título oficial del puesto ocupado, fecha exacta en que adquirió la experiencia (día, mes, año) y descripción de deberes. La Ley 16-2017 prohíbe a los patronos preguntar a <u>un aspirante a empleo sobre el salario actual o historial de salarios</u>. No obstante, éste puede revelar voluntariamente dicha información como parte del proceso de reclutamiento de la Administración de Terrenos. De ser necesario, utilice una hoja adicional con el mismo patrón.</p>													
Patrono				desde		hasta		En forma concisa, indique los deberes:					
				día/mes/año		día/mes/año							
Dirección y teléfono				sueldo mensual									
				inicial		final							
				\$		\$							
Título del Puesto													
Supervisor inmediato													
Razones para terminar el empleo													
Patrono				desde		hasta		En forma concisa, indique los deberes:					
				día/mes/año		día/mes/año							
Dirección y teléfono				sueldo mensual									
				inicial		final							
				\$		\$							
Título del Puesto													
Supervisor inmediato													
Razones para terminar el empleo													
<p><b>Favor de leer las siguientes aseveraciones. Si está de acuerdo, firme el espacio provisto y entregue la solicitud.</b> Certifico que las declaraciones hechas por mí en esta Solicitud son correctas y verídicas, según mi mejor saber y entender, y han sido expuestas de buena fe sin la intención de desvirtuar los hechos o de cometer fraude. Entiendo que cualquier declaración falsa de los hechos aquí estipulados será suficiente causa para que mi Solicitud de Empleo sea denegada y mi nombre eliminado del Registro de Elegibles o, de ser empleado(a), será causa para una separación del empleo. Tengo conocimiento que, de ser empleado público, lo anterior puede dar motivo a la destitución o a la imposición de una medida disciplinaria. Con mi firma como solicitante de empleo estoy certificando que no estoy incumpliendo con lo ordenado en la Ley 168-2000, según enmendada, Ley para el Fortalecimiento del Apoyo Familiar y Sustento para Menores. Además, de estar sujeto por orden judicial o administrativa a la realización de alguna aportación económica o cumplir con alguna obligación con dicha Ley, certifico que estoy en cumplimiento.</p>													
_____						_____							
Fecha						Firma							
PARA USO DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES													
Solicitud evaluada en: _____													
Fecha						Técnico Evaluador							

**HOJA ADICIONAL - EXPERIENCIA DE TRABAJO**

Patrono	desde	hasta	En forma concisa, indique los deberes:
	día/mes/año	día/mes/año	
Dirección y teléfono	sueldo mensual		
	inicial	final	
	\$	\$	
Título del Puesto			
Supervisor inmediato			
Razones para terminar el empleo			

Patrono	desde	hasta	En forma concisa, indique los deberes:
	día/mes/año	día/mes/año	
Dirección y teléfono	sueldo mensual		
	inicial	final	
	\$	\$	
Título del Puesto			
Supervisor inmediato			
Razones para terminar el empleo			

Patrono	desde	hasta	En forma concisa, indique los deberes:
	día/mes/año	día/mes/año	
Dirección y teléfono	sueldo mensual		
	inicial	final	
	\$	\$	
Título del Puesto			
Supervisor inmediato			
Razones para terminar el empleo			

**Favor de leer las siguientes aseveraciones. Si está de acuerdo, firme el espacio provisto y entregue la solicitud.** Certifico que las declaraciones hechas por mí en esta Solicitud son correctas y verídicas, según mi mejor saber y entender, y han sido expuestas de buena fe sin la intención de desvirtuar los hechos o de cometer fraude. Entiendo que cualquier declaración falsa de los hechos aquí estipulados será suficiente causa para que mi Solicitud de Empleo sea denegada y mi nombre eliminado del Registro de Elegibles o, de ser empleado(a), será causa para una separación del empleo. Tengo conocimiento que, de ser empleado público, lo anterior puede dar motivo a la destitución o a la imposición de una medida disciplinaria. Con mi firma como solicitante de empleo estoy certificando que no estoy incumpliendo con lo ordenado en la Ley 168-2000, según enmendada, Ley para el Fortalecimiento del Apoyo Familiar y Sustento para Menores. Además, de estar sujeto por orden judicial o administrativa a la realización de alguna aportación económica o cumplir con alguna obligación con dicha Ley, certifico que estoy en cumplimiento.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

**PARA USO DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES**

Solicitud evaluada en: \_\_\_\_\_

Fecha

Técnico Evaluador

**SOLICITUD DE PREFERENCIA PARA PERSONAS CON IMPEDIMENTOS CUALIFICADA**  
(Ley Núm. 81 de 27 de julio de 1996)

Usted no está obligado a informar que es una persona con impedimentos pero tiene derecho a hacerlo a los efectos de que se le considere para los beneficios de la Ley Núm. 81 de 27 de julio de 1996, Ley de Igualdad de Oportunidades de Empleo para Personas con Impedimentos.

Esta Corporación sumará cinco (5) puntos o el cinco por ciento (5%), lo que sea mayor, a la puntuación obtenida en el examen de ingreso o ascenso suministrado para el puesto, siempre y cuando el examen sea aprobado por el solicitante.

Los beneficios de esta Ley no aplicarán si la persona con impedimentos que solicita esta preferencia a su vez es elegible para recibir los beneficios conferidos en la Ley Núm. 13 de 2 de octubre de 1980, Carta de Derechos del Veterano Puertorriqueño.

**¿Quiénes cualifican?**

Toda persona con impedimento cualificada que tenga un récord o historial de dicho impedimento.

El término persona con impedimento cualificada para efectos de la Ley Núm. 81 de 1996, significa:

La persona cuyo impedimento físico o emocional afecta sustancialmente una o más de las actividades principales de su vida y que, con acomodo razonable o sin éste, está capacitada para desempeñar las labores esenciales del puesto que ocupa o solicita y reúne los demás requisitos de empleo, tales como: experiencia, preparación académica y haber aprobado el examen de empleo, cuando lo hubiese, sin la ayuda de los cinco (5) puntos o el cinco por ciento (5%) a que tendrá derecho con posterioridad a haberlo aprobado.

Documento que deberá someter con la solicitud: **Certificado médico o cualquier otra evidencia que acredite la condición.** (Se garantizará la confidencialidad de la evidencia médica presentada)

Título de la Clase de Puesto	
Apellido paterno, apellido materno y nombre	Últimos 4 dígitos Seguro Social
Dirección	Teléfono
Impedimento	

\_\_\_\_\_  
Fecha de solicitud

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

<b>NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO</b>	
<b>Preferencia Establecida</b>	
_____ 5 puntos    _____ 5% <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
Por: _____	Fecha: _____
Clasificación: _____	



## Solicitud de Preferencia a Veteranos

Durante el proceso de reclutamiento y selección, ascenso o reingreso, se le garantiza la suma de diez puntos o el diez por ciento, lo que sea mayor, a la calificación obtenida por los veteranos debidamente acreditados en dicha prueba. No obstante, los veteranos tienen que cumplir con los requisitos mínimos del puesto, por lo que la puntuación adicional concedida por la condición de veterano no puede ser utilizada para alcanzar la puntuación mínima en el examen.

Nombre	1 <sup>er</sup> Apellido	2 <sup>do</sup> Apellido	Últimos 4 dígitos Seguro Social
Dirección donde recibe correspondencia		Teléfonos	
		Correo electrónico	
Origen de preferencia:			
<input type="checkbox"/> Veterano incapacitado (relacionado con el servicio)			
<input type="checkbox"/> Veterano			
<input type="checkbox"/> Viuda de veterano			
<input type="checkbox"/> Viuda de soldado			
<input type="checkbox"/> Hijo menor de 21 años de veterano y a quien no le sobrevive viuda			
<input type="checkbox"/> Hijo menor de 21 años de soldado fallecido a quien no le sobrevive viuda			
Fecha de ingreso al servicio militar: _____			
Fecha de separación del servicio: _____			
Número de serie: _____			
_____ Fecha de solicitud		_____ Firma del solicitante	

PARA USO DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES	
Preferencia:	<input type="checkbox"/> 10 puntos
	<input type="checkbox"/> 10%
	_____ Fecha

## Instrucciones

Quiénes cualifican	Requisitos	Documentos que deben someter
1. Veteranos veteranos incapacitados	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ser natural o residente de Puerto Rico</li> <li>Servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América <ol style="list-style-type: none"> <li>por tres (3) meses o más</li> <li>durante los siguientes periodos: 6/abril/1917 a 2/julio/1921 – Primera Guerra Mundial 7/diciembre/1941 a 1/julio/1955 – Segunda Guerra Mundial y Conflicto de Corea 5/agosto/1964 a 7/mayo/1975 – Acción Policial de Vietnam. Más de ciento (180) días consecutivos; parte de los cuales estén comprendidos entre el 31/enero/1955 y el 14/octubre/1976. El período inicial de seis (6) meses como Guardia Nacional o Reserva no cuenta para estos propósitos. Afganistán (24/octubre/2001 al presente, 19/marzo/2003 al presente), Irak (11/enero/1997 al presente, 31/diciembre/1998 al 31/diciembre/2002, 24/octubre/2001 al presente, 19/marzo/2003 al presente), Golfo Pérsico (agosto/1990 al presente).</li> <li>Licenciamiento Honorable de las Fuerzas Armadas.</li> </ol> </li> </ol>	<p>Uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>copia fotostática del Informe de Licenciamiento Forma DD-214c</li> <li>Certificación de la Administración Federal de Veterano indicando lo siguiente: <ol style="list-style-type: none"> <li>período de servicio activo en las Fuerzas Armadas</li> <li>clase de licenciamiento (honorable)</li> </ol> </li> <li>Los veteranos incapacitados deberán someter documentación oficial de la Administración Federal de Veteranos indicando la naturaleza de la incapacidad y la fecha en que ocurrió la misma.</li> </ol>
2. Viudas de veteranos	De aquellos veteranos que reúnan los requisitos indicados en el apartado (1) mientras permanezcan en estado de viudez.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Uno de los documentos indicados en el apartado núm. 1 anterior</li> <li>Certificado de Defunción del Veterano</li> <li>Certificado de Matrimonio</li> </ol>
3. Viudas de soldados	De aquellos soldados fallecidos que reúnan los requisitos indicados en el apartado (1) mientras permanezcan en estado de viudez.	<p>Uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>copia fotostática de la carta notificando defunción y derechos inherentes.</li> <li>Certificación de la Administración Federal de Veteranos indicando: <ol style="list-style-type: none"> <li>que es la viuda de un soldado fallecido.</li> <li>fecha de defunción.</li> </ol> </li> </ol>
4. Hijos menores de 21 años de veteranos fallecidos	<ol style="list-style-type: none"> <li>De aquellos veteranos fallecidos que hubieran reunido los requisitos indicados en el apartado (1).</li> <li>Que al veterano fallecido no le sobreviva la viuda.</li> </ol>	<p>Uno de los documentos indicados en el apartado (1) más</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Certificado de Defunción del Veterano</li> <li>Acta de Nacimiento del solicitante</li> </ol>
5. Hijos menores de 21 años de soldados fallecidos	<ol style="list-style-type: none"> <li>De aquellos soldados fallecidos durante los periodos indicados en el apartado (1).</li> <li>Que al soldado fallecido no le sobreviva la viuda.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Copia fotostática de la carta notificando defunción y derechos inherentes o Certificación de la Administración Federal de Veteranos indicando: <ol style="list-style-type: none"> <li>que es hijo de un soldado fallecido</li> <li>fecha de defunción</li> </ol> </li> <li>Acta de Nacimiento del solicitante</li> </ol>