DH-RHAL-01

Agosto 2014
Antes RH-02

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Hacienda
San Juan, Puerto Rico

Área de Recursos Humanos y Asuntos Laborales

PONCHE DE RECIBO

SOLICITUD DE EXAMEN

Al evaluar su solicitud se tomará en consideración: los requisitos de la clase, la experiencia, preparación adicional y los cursos o adiestramientos que ha tomado y que estén relacionados al puesto para el cual solicita el examen.
El Departamento de Hacienda provee igualdad de oportunidad en el empleo.

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

☐ Aceptada ☐ Denegada ☐ Devuelta

Fecha: _____

Analista: _____

INSTRUCCIONES:

- ✓ Escriba en letra de molde
- ✓ Complete la solicitud en todas sus partes
- ✓ Indique claramente el Título del Examen que solicita
- ✓ Llene una solicitud por cada examen que interesa tomar
- ✓ Incluya sólo fotocopias de su evidencia
- ✓ Incluya Certificación de Radicación de Planillas
- ✓ Los candidatos que indiquen tener experiencia en empresas privadas, excluidas de las disposiciones de la Ley para la Administración de los Recursos Humanos del Servicio Público, deberán acompañar con su solicitud de examen, una certificación de la Agencia o Empresa donde haya prestado sus servicios. Esta debe incluir lo siguiente:
  - Puestos ocupados
  - Sueldo
  - Fechas exactas en que ocupó cada puesto (entiéndase fecha de comienzo y terminación)
  - Descripción detallada de deberes y naturaleza de trabajo
- ✓ Si posee experiencia en otra agencia del servicio público, favor de incluir la hoja de deberes de cada puesto y las fechas exactas en que ocupó cada puesto (entiéndase fecha de comienzo y terminación)

1. INFORMACIÓN CONVOCATORIA

Título del examen que solicita según se anuncia en la convocatoria

_____

Número de Convocatoria

_____

Pueblos donde aceptaría el empleo:
Si no tiene preferencia por trabajar en algún pueblo indique la palabra "cualquiera". Si desea trabajar en algunos pueblos en particular, indíquelos en orden de preferencia en los espacios provistos.

1._____ 2._____

3._____ 4._____

5._____ 6._____

¿Ha tomado este examen anteriormente?
☐ Sí ☐ No

Algunos aspirantes tienen impedimentos físicos que no les permiten tomar nuestros exámenes en igualdad de condiciones con otros candidatos. Para superar la desventaja, se les puede ofrecer la prueba bajo otras circunstancias. Indique si tiene alguna de las siguientes condiciones:
☐ No Vidente ☐ No Auditivo ☐ Utiliza silla de ruedas ☐ Otro: _____

¿Está dispuesto a viajar a todos los municipios de P.R.? ☐ Sí ☐ No

¿Es empleado de carrera del Departamento de Hacienda actualmente? ☐ Sí ☐ No

2. INFORMACIÓN PERSONAL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos del Solicitante:

_____

Últimos dígitos Seguro Social xxx-xx- _____

Dirección Postal:

_____

_____, _____, _____
Pueblo País Código Postal

Teléfonos:
Celular: (_____) _____-_____
Casa: (_____) _____-_____
Trabajo: (_____) _____-_____
Otro: (_____) _____-_____

Correo electrónico:

_____

Género:
☐ Femenino
☐ Masculino
*Ofrecer esta información es voluntaria. Esta será utilizada sólo para propósitos estadísticos.

3. ADJUDICACIÓN DE PREFERENCIA (INCLUIR EVIDENCIA)

Usted no está obligado a suministrar la siguiente información; pero tiene derecho hacerlo a los efectos de recibir los beneficios de preferencias establecidas por ley. Su información será mantenida de forma confidencial.

Preferencia de Persona con Impedimento:
Se otorga el beneficio de cinco (5) puntos sobre la nota de pase a toda persona con impedimentos cualificada. Para solicitar éste, deberá incluir un certificado médico con no más de doce (12) meses de expedición u otra evidencia que acredite la condición.

¿Solicita este beneficio?
☐ Sí ☐ No

*No aplica a personas con preferencia de veterano

Preferencia Beneficiarios de Asistencia Económica Gubernamental:
Se otorgan cinco (5) puntos a los beneficiarios de los programas bajo las disposiciones de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidad Laboral (P.R.O.W.R.A.) en Puerto Rico, próximos a cumplir 60 meses de participación en éstos.

☐ Certifico que soy beneficiario de programas de Asistencia Económica de P.R.O.W.R.A, y estoy próximo a cumplir 60 meses de participación.

Preferencia de Veteranos:
Las personas elegibles a Preferencia de Veterano que deseen reclamar su derecho de preferencia deberán presentar copia de la certificación de licenciamiento honorable (Forma 214) u otros documentos acreditativos con su solicitud de examen.

Veterano: ☐ Sí ☐ No **Veterano Incapacitado**: ☐ Sí ☐ No

4. PREPARACIÓN ACADÉMICA (INCLUIR EVIDENCIA)			
Escuela	**Nombre de la Institución Académica**	**Concentración**	**¿Se graduó?**
Escuela Superior	_____	_____	☐ Sí ☐ No
Grado Asociado	_____	_____	☐ Sí ☐ No
Bachillerato	_____	_____	☐ Sí ☐ No
Maestría	_____	_____	☐ Sí ☐ No
Doctorado	_____	_____	☐ Sí ☐ No
Juris Doctor	_____	_____	☐ Sí ☐ No

5. CURSOS Y ADIESTRAMIENTOS (INCLUIR EVIDENCIA)		
Institución	**Título del Curso**	**Duración**

6. LICENCIAS (INCLUIR EVIDENCIA)			
Tipo de Licencia	**Número**	**Fecha de Expedición**	**Fecha de Vencimiento**

7. EXPERIENCIA DE TRABAJO (INCLUIR CERTIFICACIÓN DE EMPLEO)

Detalle la experiencia que posee, destacando las funciones relacionadas al puesto para el que solicita examen. Comience con su último empleo, indique la dirección y el número de teléfono del patrono. Si fuese necesario, utilice una hoja adicional y prosiga con el mismo patrón. Sea específico al indicar puestos, fechas y salarios.

Fecha	Patrono	Título de la Plaza y Supervisor	Servicio	Salario
Desde(d/m/a): Hasta (d/m/a):	_____	Título: Oficina: Supervisor:	☐ Carrera ☐ Confianza ☐ Contrato ☐ Jornada Parcial ☐ Regular ☐ Probatorio ☐ Transitorio ☐ Otro: _____	Inicial Mensual: Final Mensual:

Describa en forma concisa y exacta sus deberes y responsabilidades. Si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión.

_____

Fecha	Patrono	Título de la Plaza y Supervisor	Servicio	Salario
Desde(d/m/a): Hasta (d/m/a):	_____	Título: Oficina: Supervisor:	☐ Carrera ☐ Confianza ☐ Contrato ☐ Jornada Parcial ☐ Regular ☐ Probatorio ☐ Transitorio ☐ Otro: _____	Inicial Mensual: Final Mensual:

Describa en forma concisa y exacta sus deberes y responsabilidades. Si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión.

_____

Fecha	Patrono	Título de la Plaza y Supervisor	Servicio	Salario
Desde(d/m/a): Hasta (d/m/a):	_____	Título: Oficina: Supervisor:	☐ Carrera ☐ Confianza ☐ Contrato ☐ Jornada Parcial ☐ Regular ☐ Probatorio ☐ Transitorio ☐ Otro: _____	Inicial Mensual: Final Mensual:

Describa en forma concisa y exacta sus deberes y responsabilidades. Si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión.

_____

8. DESTREZAS Y HABILIDADES

PROGRAMAS DE COMPUTADORAS (Marque con una X)

Programa	Avanzado	Intermedio	Básico
Microsoft Word	☐	☐	☐
Microsoft Excel	☐	☐	☐
Microsoft PowerPoint	☐	☐	☐
Microsoft Outlook	☐	☐	☐
Microsoft Publisher	☐	☐	☐
Otro:	☐	☐	☐

IDIOMAS

Idioma	Leer	Escribir	Hablar
Español	☐ Avanzado ☐ Intermedio ☐ Básico	☐ Avanzado ☐ Intermedio ☐ Básico	☐ Avanzado ☐ Intermedio ☐ Básico
Inglés	☐ Avanzado ☐ Intermedio ☐ Básico	☐ Avanzado ☐ Intermedio ☐ Básico	☐ Avanzado ☐ Intermedio ☐ Básico
Otro:	☐ Avanzado ☐ Intermedio ☐ Básico	☐ Avanzado ☐ Intermedio ☐ Básico	☐ Avanzado ☐ Intermedio ☐ Básico

9. CONTESTE SI O NO EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Ha sido destituido del gobierno?	☐ Sí ☐ No
Si su respuesta anterior fue sí: ¿Ha sido habilitado para trabajar en el Gobierno por OCALARH?	☐ Sí ☐ No
¿Está legalmente autorizado para trabajar en Puerto Rico?	☐ Sí ☐ No
¿Tiene algún familiar trabajando en el Departamento de Hacienda?: _____Nombre del Familiar División	☐ Sí ☐ No

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 ello. Declaro además, que la información ofrecida por mí en este formulario es exacta y verídica y que la misma ha sido expuesta sin intención de desvirtuar los hechos o de cometer fraude. Tengo conocimiento de que si se descubriera falsedad o fraude en la información antes expuesta, 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.

Entiendo que en el Departamento de Hacienda es condición de empleo el someterse a la prueba de detección de sustancias controladas, según dispone la Ley Núm. 78 - 1997, según enmendada, conocida como “Ley para Reglamentar las Pruebas para la Detección de Sustancias Controladas en el Empleo Público”.

_____ _____
Firma Fecha d/m/a