



**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:

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Convocatoria interna publicada en los tabloneros de anuncios de la UIPR |
| <input type="checkbox"/> | Anuncio de periódico |
| <input type="checkbox"/> | Convocatoria publicada en nuestra página de Internet (www.inter.edu) |
| <input type="checkbox"/> | Anuncio en revista profesional |
| <input type="checkbox"/> | Amigo o familiar |
| <input type="checkbox"/> | Departamento del Trabajo |
| <input type="checkbox"/> | Oficina de Asuntos de Veteranos |
| <input type="checkbox"/> | Universidad o Colegio |
| <input type="checkbox"/> | 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 Secretario 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

Autoidentificación voluntaria de discapacidad

Formulario CC-305
Página 1 de 1

Número de control de la OMB 1250-0005
Vence el 31/May/2023

Nombre: _____
Identificador de empleado: _____
(si procede)

Fecha: _____

¿Por qué se le ha pedido que conteste este formulario?

Somos un contratista o subcontratista federal obligado por la ley a ofrecer igualdad de oportunidades de empleo a las personas calificadas con discapacidades. También estamos obligados a medir nuestro progreso hacia el objetivo de que al menos el 7% de nuestros empleados sean personas con discapacidades. Para ello, debemos preguntarle a nuestros aspirantes y empleados si tienen o alguna vez han tenido una discapacidad. Dado que una persona puede quedar discapacitada en cualquier momento, les pedimos a todos nuestros empleados que actualicen su información por lo menos cada cinco años.

Identificarse con una persona con discapacidad es voluntario, y esperamos que decida hacerlo. Su respuesta se mantendrá confidencial y no será vista por directivos encargados de la selección, ni por otras personas que tomen decisiones sobre el personal. Contestar el formulario no tendrá ningún efecto negativo para usted, sin importar si se ha autoidentificado en el pasado. Para obtener más información sobre este formulario o sobre las obligaciones de empleo igualitario de los contratistas federales en los términos de la Sección 503 de la Ley de Rehabilitación, visite el sitio de internet de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en www.dol.gov/ofccp.

¿Cómo puede saber si tiene una discapacidad?

Se considera que tiene una discapacidad si tiene algún impedimento o trastorno médico, ya sea físico o mental, que limite sustancialmente una actividad importante de la vida, o si tiene un historial o registro de dicho impedimento o trastorno médico. *Las discapacidades incluyen, entre otras:*

- Autismo
- Enfermedades autoinmunes, como lupus, fibromialgia, artritis reumatoide o VIH/sida
- Ceguera o problemas de la vista
- Cáncer
- Enfermedad cardiovascular o cardíaca
- Enfermedad celíaca
- Parálisis cerebral
- Sordera o problemas del oído
- Depresión o ansiedad
- Diabetes
- Epilepsia
- Trastornos gastrointestinales, como enfermedad de Crohn o síndrome del intestino irritable
- Discapacidad intelectual
- Ausencia total o parcial de extremidades
- Trastornos del sistema nervioso, como migrañas, enfermedad de Parkinson o esclerosis múltiple
- Trastornos psiquiátricos, como trastorno bipolar, esquizofrenia, TEPT o depresión mayor

Marque una de las siguientes casillas:

- Sí, tengo una discapacidad o un historial o registro de haber tenido una discapacidad
- No, no tengo una discapacidad ni un historial o registro de haber tenido una discapacidad
- No quiero responder

DECLARACIÓN DE CARGA PÚBLICA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, nadie está obligado a responder un instrumento de recolección de información si dicho instrumento no muestra un número de control válido de la OMB. Contestar esta encuesta debe tomar alrededor de 5 minutos.

Solamente para uso del empleador

Los empleadores pueden modificar esta sección del formulario de la manera necesaria para fines de conservación de registros.

Por ejemplo:

Puesto: _____ Fecha de contratación: _____