



INSTRUCCIONES GENERALES PARA LLENAR LA
SOLICITUD DE EXAMEN (ORHELA-3)

1. Favor de llenar este formulario con tinta en letra de molde.
2. Indique claramente el título del examen que solicita. Llene una solicitud por cada examen que interese tomar.
3. No deje encasillados en blanco, en aquellos que no apliquen escriba las letras N/A (no aplica). Aquella solicitud que no esté debidamente completada no será procesada.
4. Debe incluir con la solicitud, evidencia de la preparación académica tales como diplomas, transcripción de créditos, certificación de estudios, licencias, colegiación, adiestramientos, seminarios o cursos especializados.
5. Los candidatos que indiquen poseer experiencia deberán incluir una certificación de la agencia o empresa donde trabaja o haya prestado servicios que incluya lo siguiente:
 - a. Posiciones ocupadas por el solicitante
 - b. Sueldo semanal, mensual o por hora si se trata de empleo a jornada parcial.
 - c. Fechas exactas en que adquirió las experiencias (día, mes y año) y cantidad de horas trabajadas si se trata de un empleado a jornada parcial.
 - d. Descripción de las funciones o deberes.
6. Para reclamar la preferencia de veteranos o los derechos que ofrece la Ley Núm. 81 del 27 de julio de 1996, Ley de Igualdad de Oportunidades de Empleo para Personas con Impedimentos deberá someter lo siguiente:
 - a. Para la preferencia de veteranos deberá incluir la evidencia de la Forma 214.
 - b. Para la Ley Núm. 81, supra deberá completar el formulario adjunto y entregarlo con su solicitud. (En caso de que el candidato cualifique para ambas situaciones, se concederá puntuación por una sola reclamación).
7. Revise cuidadosamente cada uno de los encasillados contestados por usted. Asegúrese de firmar la solicitud en tinta.
8. Para cumplir con las disposiciones del Artículo 6, Sección 6.3, Subinciso 1 (c), de la Ley 184 de 3 de agosto de 2004, enmendada, conocida como Ley para la Administración de los Recursos Humanos en el Servicios Público, todo solicitante a empleo deberá presentar una certificación de radicación de planilla de contribución sobre ingresos de los últimos cuatro (4) años previos a la solicitud de empleo, si estaba obligado a rendir la misma. De no haber tenido que rendir planilla, deberá solicitar al Departamento de Hacienda la certificación correspondiente.
9. Toda persona que reciba beneficios de algún programa de asistencia económica gubernamental, y desee que se le otorguen cinco (5) puntos adicionales a la calificación obtenida en la evaluación, deberá completar la Solicitud de Preferencia para Personas Beneficiarias de los Programas de Asistencia Económica Gubernamental, adjunta. Deberá además, someter con su Solicitud de Examen, una certificación del programa de gobierno del cual recibe beneficios que no exceda de treinta (30) días de expedida.

Para obtener información adicional sobre el contenido de este aviso y para las Solicitudes de Empleo, favor de comunicarse con la Oficina de Recursos Humanos al (787) 781-4300 ext. 3011, 2049.

No se considerará ninguna solicitud que no esté acompañada de los documentos requeridos.

Incluya una relación de su experiencia comenzando con su último empleo, de ser necesario utilice una hoja adicional siguiendo el mismo patrón. Sea específico indicando puestos, fechas y salarios.

TITULO OFICIAL DEL PUESTO _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PATRONO _____

NOMBRE DE SU SUPERVISOR(A) INMEDIATO(A) _____

F E C H A	DESDE			HASTA		
	día	mes	año	día	mes	año

DESCRIBA EN FORMA CONCISA Y EXACTA SUS DEBERES. SI HA REALIZADO FUNCIONES DE SUPERVISIÓN, ESCRIBA LAS CLASIFICACIONES DEL PERSONAL A SU CARGO. INDIQUE SI EL PUESTO OCUPADO ERA: () REGULAR () PROBATORIO () SERVICIO CONFIANZA () CONTRATO () TRANSITORIO () OTROS

TRABAJO JORNADA PARCIAL _____ HRS
 SALARIO FINAL \$ _____ MES, SEM., HR

TITULO OFICIAL DEL PUESTO _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PATRONO _____

NOMBRE DE SU SUPERVISOR(A) INMEDIATO(A) _____

F E C H A	DESDE			HASTA		
	día	mes	año	día	mes	año

DESCRIBA EN FORMA CONCISA Y EXACTA SUS DEBERES. SI HA REALIZADO FUNCIONES DE SUPERVISIÓN, ESCRIBA LAS CLASIFICACIONES DEL PERSONAL A SU CARGO. INDIQUE SI EL PUESTO OCUPADO ERA: () REGULAR () PROBATORIO () SERVICIO CONFIANZA () CONTRATO () TRANSITORIO () OTROS

TRABAJO JORNADA PARCIAL _____ HRS
 SALARIO FINAL \$ _____ MES, SEM., HR

TITULO OFICIAL DEL PUESTO _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PATRONO _____

NOMBRE DE SU SUPERVISOR(A) INMEDIATO(A) _____

F E C H A	DESDE			HASTA		
	día	mes	año	día	mes	año

DESCRIBA EN FORMA CONCISA Y EXACTA SUS DEBERES. SI HA REALIZADO FUNCIONES DE SUPERVISIÓN, ESCRIBA LAS CLASIFICACIONES DEL PERSONAL A SU CARGO. INDIQUE SI EL PUESTO OCUPADO ERA: () REGULAR () PROBATORIO () SERVICIO CONFIANZA () CONTRATO () TRANSITORIO () OTROS

TRABAJO JORNADA PARCIAL _____ HRS
 SALARIO FINAL \$ _____ MES SEM. HR

23. CONTESTE SI O NO

- ¿Es adicto al uso habitual o excesivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas? SI NO
 - ¿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 Recursos Humanos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico? _____
- En caso afirmativo, acompañe documentación al efecto.

24. Declaro que la información incluida por mi 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, de descubrirse falsedad o fraude, 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.

Fecha _____

Firma _____

PARA USO DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

ACCIÓN TOMADA: ACEPTADA DEVUELTA DENEGADA POR: _____ FECHA: _____

AÑO	MESES	PUNTOS	NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO
			REQUISITOS MÍNIMOS _____
			EXPERIENCIA ADICIONAL _____
			PREPARACIÓN ADICIONAL _____
			ENTREVISTA _____
			EXAMEN ESCRITO _____
			TOTAL _____
			FECHA _____
			EVALUADO POR _____
TOTAL			



Rev. 09/05

OFICINA DE RECURSOS HUMANOS
DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
PO Box 8476
San Juan, Puerto Rico 00910-8476

SOLICITUD DE PREFERENCIA A VETERANOS

Fecha: _____

NOTA: Antes de llenar este formulario, lea las instrucciones al dorso.

1. Apellido Paterno, Materno, Nombre: _____
2. Seguro Social: _____
3. Dirección Postal: _____
4. Origen de Preferencia

- () Veterano Incapacitado (Relacionado con el Servicio)
 () Veterano
 () Viuda de Veterano
 () Viuda de Soldado
 () Hijo Menor de 21 años de Veterano a quien no le sobrevive viuda
 () Hijo Menor de 21 años de Soldado Fallecido a quien no le sobrevive viuda

5. Fecha de Ingreso al Servicio Militar: _____
6. Fecha de Separación del Servicio: _____
7. Número de Serie: _____

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE PREFERENCIA A VETERANOS

QUIENES CUALIFICAN	REQUISITOS	DOCUMENTOS QUE DEBERÁN SOMETER
1. Veteranos 1ª. Veteranos Incapacitados	a. Ser natural o residente de Puerto Rico. b. Servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América. 1) Por tres meses o más 2) Durante los siguientes períodos: (6 de abril de 1917 a 2 de julio de 1921. Primera Guerra Mundial) (7 de diciembre de 1941 a 1 de julio de 1955 Segunda Guerra Mundial y Conflicto de Corea) (5 de agosto de 1964 al 7 de mayo de 1975 Acción Policial de Vietnam. Más de ciento ochenta días consecutivos; parte de los cuales estén comprendidos entre el 31 de enero de 1955 y el 14 de octubre de 1976. El período inicial de seis (6) meses como Guardia Nacional o Reserva no cuenta para estos propósitos). Afganistán (24 de octubre de 2001 al presente, 19 de marzo de 2003 al presente), Irak (11 de enero de 1997 al presente, 31 de diciembre de 1998 al 31 de diciembre de 2002, 24 de octubre de 2001 al presente, 19 de marzo de 2003 al presente), Golfo Pérsico (agosto de 1990 al presente). c. Licenciamiento Honorable de las Fuerzas Armadas.	I. Uno de los siguientes: 1. Copia fotostática del Informe de Licenciamiento, Forma DD-214c 2. Certificación de la Administración Federal de Veterano indicando lo siguiente: a) período de servicio activo en las Fuerzas Armadas b) clase de licenciamiento (honorable) 3. 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.
2. Viudas de Veteranos	De aquellos veteranos que reúnan los requisitos indicados en el apartado (1) mientras permanezcan en estado de viudez.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uno de los documentos indicados en el apartado núm. (1) anterior, más ▪ Certificado de Defunción del Veterano ▪ Certificado de Matrimonio
3. Viudas de Soldados	De aquellos soldados fallecidos durante los períodos indicados en el apartado (1) mientras permanezcan en estado de viudez.	Uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia fotostática de la carta notificándole defunción y derechos inherentes. ▪ Certificación de la Administración Federal de Veteranos indicando: (a) Que es la viuda de un soldado fallecido, (b) fecha de defunción.
4. Hijos menores de 21 años de Veteranos Fallecidos	1. De aquellos veteranos fallecidos que hubieran reunido los requisitos indicados en el apartado (1). 2. Que al veterano fallecido no le sobreviva la viuda.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uno de los documentos indicados en el primer apartado (1), más ▪ Certificado de Defunción del Veterano ▪ Acta de Nacimiento del Solicitantes
5. Hijos menores de 21 años de Soldados Fallecidos	1. De aquellos soldados fallecidos durante los períodos indicados en el primer apartado. 2. Que el soldado fallecido no le sobreviva la viuda.	1. Copia fotostática de la carta notificando defunción y derechos inherentes o Certificación de la Administración Federal de Veteranos indicando: <ul style="list-style-type: none"> a) Que es hijo de un soldado fallecido b) Fecha de defunción 2. Acta de Nacimiento del solicitante

Continúa al dorso

No escriba en este espacio:

Preferencia

5 puntos

10 puntos

Fecha: _____



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DE RECURSOS HUMANOS DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO
 (ORHELA)

SOLICITUD DE PREFERENCIA PARA PERSONAS CON IMPEDIMENTOS CUALIFICADA
 (Ley Núm. 81 del 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 que se le considere para recibir los beneficios de la Ley Núm. 81 del 27 de julio de 1996, Ley de Igualdad de Oportunidades de Empleo para Personas con Impedimentos.

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

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 del 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. Además, debe reunir 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 Solicitada	
Apellido Paterno, Materno y Nombre	Seguro Social
Dirección y Teléfono	
Impedimento:	

Fecha de Solicitud _____

Firma del Solicitante _____

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO PARA USO DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

PREFERENCIA ESTABLECIDA

Sí No

_____ 5 puntos _____ 5%

Por: _____

Fecha: _____

Clasificación _____



ORHELA-6
Rev. 09/2005

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DE RECURSOS HUMANOS DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO
(ORHELA)

SOLICITUD DE PREFERENCIA PARA PERSONAS BENEFICIARIAS DE LOS
PROGRAMAS DE ASISTENCIA ECONÓMICA GUBERNAMENTAL
(Ley Núm. 1 de 7 de enero de 2004)

Esta Ley dispone que se otorgarán cinco (5) puntos sobre la nota mínima de pase si el (la) candidato(a) cumple con los siguientes requisitos:

1. Está en igualdad de condiciones académicas, técnicas o de experiencia que cualquier otro aspirante o solicitante al mismo cargo, empleo u oportunidad de trabajo.
2. Estar próximo(a) a cumplir sesenta (60) meses de participar de dichos beneficios.

La persona beneficiaria de los programas de asistencia económica gubernamental no está obligada a informar que recibe los mismos, pero tiene derecho a reclamar este beneficio. La información suministrada por dicha persona en cuanto a su condición de beneficiario de las ayudas económicas gubernamentales será mantenida de forma confidencial.

1. Apellido Paterno, Materno, Nombre	Seguro Social
2. Dirección Postal	
3. Indique el Programa de Asistencia Económica de los cuales recibe beneficios y acompañe la evidencia correspondiente	
No escriba en este espacio para uso de la Oficina de Recursos Humanos	
4. Preferencia Establecida: Sí () _____ No () _____	
Fecha: _____	Firma encargado(a) Reclutamiento: _____