

DH-RHAL-01

Marzo 2016  
Antes RH-02

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
**Departamento de Hacienda**  
 San Juan, Puerto Rico  
**Secretaría Auxiliar de Recursos Humanos y Asuntos Laborales**

### 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.  
 Patrono con igualdad de oportunidad en el empleo.

### PONCHE DE RECIBO

#### 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
- ✓ Incluya Certificación de No Deuda
- ✓ 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 (comienzo y terminación).
- ✓ 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, fechas de comienzo y terminación)
  - Descripción detallada de deberes y naturaleza de trabajo

### 1. INFORMACIÓN CONVOCATORIA

Título del examen que solicita según se anuncia en la convocatoria  _____	Municipios 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.
Número de Convocatoria _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____
¿Ha tomado este examen anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha _____	Algunos aspirantes requieren les permitan 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: <input type="checkbox"/> No Vidente <input type="checkbox"/> No Auditivo <input type="checkbox"/> Utiliza silla de ruedas <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿Está dispuesto a viajar a todos los municipios de P.R.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es empleado del Departamento de Hacienda actualmente? (Regular, Transitorio, Confianza o Irregular) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino *Ofrecer esta información es voluntaria. 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.

<b>Preferencia de Persona con Impedimento:</b> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  *No aplica a personas con preferencia de veterano	<b>Preferencia Beneficiarios de Asistencia Económica Gubernamental:</b> 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.  <input type="checkbox"/> 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.
--	---

<b>Preferencia de Veteranos:</b> 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: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Veterano Incapacitado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---

\_\_\_\_\_ Iniciales del solicitante

4. PREPARACIÓN ACADÉMICA (INCLUIR EVIDENCIA)			
Escuela	Nombre de la Institución Académica	Concentración	¿Se graduó?
Escuela Superior	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Grado Asociado	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bachillerato	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Maestría	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Doctorado	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Juris Doctor	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 puesto, fechas y salarios.				
Fecha	Patrono	Título del Puesto y Supervisor	Servicio	Salario
Desde(d/m/a):	_____	Título:	<input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Confianza <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Jornada Parcial <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Probatorio <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Otro: _____	Inicial
Hasta (d/m/a):		Oficina:		Final
		Supervisor:		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 del Puesto y Supervisor	Servicio	Salario
Desde(d/m/a):	_____	Título:	<input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Confianza <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Jornada Parcial <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Probatorio <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Otro: _____	Inicial
Hasta (d/m/a):		Oficina:		Final
		Supervisor:		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 del Puesto y Supervisor	Servicio	Salario
Desde(d/m/a):	_____	Título:	<input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Confianza <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Jornada Parcial <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Probatorio <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Otro: _____	Inicial
Hasta (d/m/a):		Oficina:		Final
		Supervisor:		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.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Iniciales del solicitante

8. DESTREZAS Y HABILIDADES			
PROGRAMAS DE COMPUTADORAS (Marque con una X)			
Programa	Avanzado	Intermedio	Básico
Microsoft Word	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microsoft Excel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microsoft PowerPoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microsoft Outlook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microsoft Publisher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IDIOMAS			
Idioma	Leer	Escribir	Hablar
Español	<input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Básico
Inglés	<input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Básico
Otro:	<input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Básico
9. CONTESTE SI O NO EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS			
¿Ha sido destituido del gobierno?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha sido convicto por delito grave o por cualquier delito que implique depravación moral?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si su respuesta a alguna de las preguntas anteriores fue sí: ¿Ha sido habilitado para trabajar en el Gobierno por OCALARH? En caso afirmativo, acompañar documentos.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está legalmente autorizado para trabajar en Puerto Rico?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene algún familiar trabajando en el Departamento de Hacienda?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del Familiar: _____ División: _____			
<p>La información aquí suministrada es correcta y sujeta a verificación, por lo que autorizo al Departamento de Hacienda a realizar la investigación que estime necesaria. Cualquier declaración falsa, tergiversada u omisión de información relevante y pertinente, durante el proceso de empleo, puede ser causa suficiente tanto para descalificarme para el mismo, denegar mi solicitud, eliminar mi nombre del Registro de Elegibles como para separarme de él, si ya el empleo se me hubiera concedido.</p> <p>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".</p>			
Firma _____		Fecha d/m/a _____	

\_\_\_\_\_ Iniciales del solicitante