

Formulario de Auto Identificación Voluntaria (solicitante)

Name/Nombre: _____ Date/Fecha: _____

Signature/Firma: _____

Auto-identificación voluntaria del estatus EEO

La Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC) exige que las organizaciones con 100 o más empleados completen un informe EEO-1 cada año. La declaración de estos datos es voluntaria y no afectará su oportunidad de empleo o los términos o condiciones de empleo. Este formulario se utilizará solo para fines de informes de EEO-1 y se mantendrá separado de todos los demás registros del personal a los que solo acceda el Departamento de Recursos Humanos. Por favor devuelva los formularios llenados con su solicitud de empleo.

GÉNERO: Masculino Femenino

RAZA / ORIGEN ETNICO:

(Marque una de las descripciones a continuación correspondientes al grupo étnico con el que se identifica).

- Hispano o Latino**
Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otra cultura u origen español independientemente de su raza.
- Blanco (No Hispano o Latino)**
Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Media o África del Norte.
- Negro o Afroamericano (no hispano o latino)**
Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
- Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico (no hispano o latino)**
Una persona que tenga orígenes en cualquiera de los pueblos de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
- Asiático (no hispano o latino)**
Una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el sudeste asiático o el subcontinente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- Indios Americanos o Nativos de Alaska (no hispano o latino)**
Una persona que tenga origen en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y Sur (incluida América Central) y mantenga una afiliación tribal o un vínculo comunitario.
- Dos o más razas (no hispanas o latinas)**
Todas las personas que se identifiquen con más de una de las cinco razas anteriores.

Formulario de Auto Identificación Voluntaria (solicitante)

Auto-identificación voluntaria del estatus Veterano

Somos una empresa contratista del gobierno sujetos a la Ley de Asistencia para el Reacomodo de los Veteranos de la Era de Vietnam de 1974, enmendada por la Ley de Empleo para Veteranos de 2002, 38 U.S.C. 4212 (VEVRAA), que requiere que los contratistas del gobierno tomen medidas afirmativas para emplear y avanzar en el empleo: (1) veteranos discapacitados; (2) veteranos recientemente separados; (3) veteranos en servicio activo durante la guerra o con distintivo de campaña; y (4) veteranos con medalla de servicio en las fuerzas armadas. Estas clasificaciones se definen de la siguiente manera y en lo sucesivo se hace referencia a todas como “Veteranos Protegidos”:

- Un “veterano discapacitado” es uno de los siguientes:
 - un veterano del servicio militar, terrestre, naval o aéreo de los EE. UU. que tiene derecho a una indemnización (o que, a excepción del recibo de jubilación militar, tendría derecho a una indemnización) según las leyes administradas por el Secretario de Asuntos de Veteranos; o
 - una persona que fue dada de alta o liberada del servicio activo debido a una discapacidad relacionada con el servicio.
- Un “veterano recientemente separado” significa cualquier veterano durante el periodo de tres años que comienza en la fecha de su alta o baja del servicio activo en el servicio militar, terrestre, naval o aéreo de los EE. UU.
- Un “veterano en servicio de guerra o con distintivo de campaña” significa un veterano que prestó servicio activo en el servicio militar, terrestre, naval o aéreo de los Estados Unidos durante una guerra, o en una campaña o expedición para la cual se ha autorizado un distintivo de campaña bajo la Leyes administradas por el Departamento de Defensa.
- Un “veterano con medalla de servicio en las fuerzas armadas” significa un veterano que, mientras prestaba servicio activo en el servicio militar, terrestre, naval o aéreo de los Estados Unidos, participó en una operación militar de los Estados Unidos por la cual se otorgó una medalla de servicio de las Fuerzas Armadas de conformidad con la Orden Ejecutiva 12985.

Si cree que pertenece a alguna de las categorías de veteranos protegidos enumerados anteriormente, indíquelo marcando la casilla correspondiente a continuación. Como contratista del gobierno sujeto a VEVRAA, solicitamos esta información para medir la efectividad de los esfuerzos de alcance y reclutamiento positivos que realizamos de conformidad con VEVRAA.

- ME IDENTIFICO COMO UNA O MÁS DE LAS CLASIFICACIONES DE VETERANOS PROTEGIDOS QUE SE LISTAN ANTERIORMENTE.
- ME IDENTIFICO COMO VETERANO, NO SOLO UN VETERANO PROTEGIDO
- NO SOY VETERANO
- NO DESEO IDENTIFICARME

La aportación de esta información es voluntaria y la negativa a proporcionarla no lo someterá a ningún tratamiento adverso. La información provista se usará solo de manera que no sea incompatible con la Ley de Asistencia para el Reajuste de los Veteranos de la Era de Vietnam de 1974, según enmendada.

Formulario de Auto Identificación Voluntaria (solicitante)

Somos un empleador que ofrece igualdad de oportunidades. No discriminamos en la contratación o el empleo contra ninguna persona por motivos de raza, color, sexo, origen nacional, ascendencia, religión, discapacidad física o mental, edad, estado de veterano, orientación sexual, identidad o expresión de género, estado civil, embarazo, la ciudadanía, o cualquier otro factor protegido por las leyes contra la discriminación.

Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305
Numero de Control OMB 1250-0005
Vence el 31/1/2020
Página 1 de 2

¿Por qué se le está pidiendo que complete este formulario?

Debido a que nosotros hacemos negocios con el gobierno, tenemos que acercarnos, contratar y proporcionar igualdad de oportunidades a personas calificadas con discapacidad.¹ Para ayudarnos a medir que tan bien lo estamos haciendo, le estamos pidiendo que nos diga si usted tiene alguna discapacidad o si alguna vez tuvo alguna discapacidad. Completar este formulario es voluntario, pero esperamos que usted elija hacerlo. Si usted está solicitando un empleo, cualquier respuesta que usted proporcione se mantendrá confidencial y no será utilizada en su contra de ninguna manera.

Si usted ya trabaja para nosotros, su respuesta no será utilizada en su contra de ninguna manera. Debido a que una persona puede convertirse en discapacitada en cualquier momento, estamos obligados a solicitar a todos nuestros empleados que actualicen su información cada cinco años. Usted puede voluntariamente identificar que tiene alguna discapacidad en este formulario sin temor a ningún castigo porque no identificó que tenía alguna discapacidad antes.

¿Cómo puedo saber si tengo una discapacidad?

Se considera que usted tiene una discapacidad si usted tiene un impedimento físico o mental o una condición médica que limita sustancialmente alguna actividad importante de la vida, o si usted tiene un historial o registro de tal impedimento, o condición médica.

Las discapacidades incluyen, pero no se limitan a:

- | | | | |
|-----------|----------------------|---|--|
| Ceguera | • Autismo | • Trastorno bipolar | • Trastorno de estrés postraumático (TEPT) |
| Sordera | • Parálisis cerebral | • Depresión aguda | • Trastorno obsesivo-compulsivo |
| Cáncer | • VIH/SIDA | • Esclerosis múltiple (EM) | • Deficiencias que requieren el uso de una silla de ruedas |
| Diabetes | • Esquizofrenia | • Ausencia de extremidades o Ausencia parcial de extremidades | • Discapacidad intelectual (antes llamado retraso mental) |
| Epilepsia | • Distrofia muscular | | |

Favor marcar una de las casillas siguientes:

- SÍ, TENGO UNA DISCAPACIDAD (o he tenido una discapacidad)
- NO, NO TENGO NINGUNA DISCAPACIDAD
- NO DESEO CONTESTAR

Su Nombre

Fecha del día de Hoy

Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305
Numero de Control OMB 1250-0005
Vence el 31/1/2020
Página 2 de 2

Notificación de Ajustes Razonables

La ley federal requiere que los empleadores proporcionen ajustes razonables a personas calificadas con discapacidades. Favor díganos si usted necesita algún ajuste razonable para solicitar un empleo o para desempeñar su trabajo. Ejemplos de ajustes razonables incluyen hacer un cambio en el proceso de aplicación o los procedimientos de trabajo, proporcionar los documentos en un formato alternativo, el uso de un intérprete de lenguaje de signos, o el uso de equipo especializado.

¹ Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y sus modificatorias. Para obtener más información acerca de este formulario o sobre las obligaciones de igualdad en el empleo de contratistas federales, visite la página web de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de los EE.UU. www.dol.gov/ofccp.

DECLARACIÓN PÚBLICA OBLIGATORIA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que la misma muestre un número de control OMB válido. Esta encuesta debe tomar alrededor de 5 minutos para ser completada.