



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de la Familia
ADMINISTRACIÓN PARA EL SUSTENTO DE MENORES
Oficina de Recursos Humanos
P.O. Box 70376, San Juan, PR 00936 - 8376
Página electrónica: www.asume.pr.gov tel. (787) 767-1500 ext. 2601

TIENE CASO DE PENSION ALIMENTARIA EN LA ASUME

Sí No
Número de caso: _____
Región a la que está asignado: _____

ES PARIENTE DE ALGUN EMPLEADO DE LA ASUME:

Sí No Nombre del empleado: _____

Grado de consaguinidad:

- Primero (padres e hijos)
 Segundo (abuelos, nietos y hermanos)
 Tercero (tíos, sobrinos, bisabuelos y bisnietos)
 Cuarto (primos hermanos y tíos abuelos)

SOLICITUD DE EXAMEN

1. <u>Título del Examen que solicita según se anuncia en la Convocatoria</u>			13. Seguro Social		14. ¿Ha radicado o tomado este examen anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí Fecha: _____ <input type="checkbox"/> No					
2. Nombre y Apellidos Paterno, Materno			15. LUGAR DONDE ACEPTARIA EMPLEO Alternativas: Nivel Central, Regiones: Aguadilla, Arecibo, Bayamón, Caguas, Carolina, Humacao, Guayama, Mayagüez, Ponce, San Juan o indicar Oficinas Locales. 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____							
3. Dirección Postal			16. Tiene preferencia establecida de: Veterano Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Para reclamar Preferencia de Veterano o de Veterano Incapacitado debe someter certificación de licenciamiento u otros documentos acreditativos. Ejemplo: Forma 214 Beneficiario de los Programas de Asistencia Económica Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Para reclamar la misma debe someter una certificación del Programa al cual pertenece con no más de treinta (30) días de expedida. Impedido Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Para reclamar la misma debe someter un certificado médico con no más de 12 meses de expedición o cualquier otra evidencia que acredite su condición. Miembro de los Servicios Uniformados, Guardia Estatal, empleado civil del Cuerpo de Ingenieros o del Servicio Médico Nacional contra Desastres Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Para reclamar esta preferencia debe someter los documentos acreditativos correspondientes. Algunos aspirantes tienen impedimentos físicos que no les permiten tomar nuestros exámenes en igualdad de condiciones con otros candidatos. Para superar estas desventajas, 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"/> Uso de silla de ruedas <input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> Otra: _____							
4. Correo electrónico (e-mail)		Información demográfica requerida exclusivamente para propósito de estadísticas: 5. Fecha de nacimiento 6. Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M								
7. Ciudadanía <input type="checkbox"/> Americana <input type="checkbox"/> Otra:		8. Visas de Residencia y Trabajo (sólo para ciudadanos extranjeros) Número Tipo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> TN Número Fecha de Expiración Fecha de Expiración								
9. Teléfono Residencial		10. Teléfono celular		11. Teléfono del Trabajo						
12. A Tipo de Nombramiento que aceptaría <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Jornada Irregular 12. B Tipo de Horario que aceptaría: <input type="checkbox"/> Horario Regular <input type="checkbox"/> Horario Extendido										
PREPARACION ACADEMICA		GRADO		ESPECIALIDAD		CREDITOS APROBADOS	PROMEDIO	INSTITUCION Y DIRECCION		AÑO DE GRADUACION
17. Nivel Escolar										
18. Nivel Subgraduado										
19. Nivel Graduado										
20. Nivel de Postgrado										
21. Créditos aprobados relacionados con la clase				22. Nota de reválida						
23. Cursos o adiestramientos relacionados con el examen que solicita										
INSTITUCIÓN			TÍTULO DEL CURSO				DURACIÓN DEL CURSO			
24. Licencias que posee para ejercer la profesión u oficio, relacionada con el examen que solicita										
PROFESION U OFICIO		PROVISIONAL O PERMANENTE		NÚMERO		ENTIDAD ACREDITADORA		FECHA DE EXPEDICION		FECHA DE VENCIMIENTO
NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO										
Acción Tomada: <input type="checkbox"/> Aceptada <input type="checkbox"/> Devuelta <input type="checkbox"/> Denegada Por: _____						Fecha: _____				
<input type="checkbox"/> No reúne la preparación académica mínima requerida <input type="checkbox"/> No reúne la experiencia mínima requerida <input type="checkbox"/> No radicó la Certificación Negativa o el Estado de Cuenta de ASUME <input type="checkbox"/> No radicó la Certificación de Radicación de Planillas <input type="checkbox"/> No aceptó trabajar en la ubicación del puesto vacante <input type="checkbox"/> Radicación tardía <input type="checkbox"/> No hay convocatoria abierta <input type="checkbox"/> No es empleado de la Rama Ejecutiva <input type="checkbox"/> No evidencio la certificación de la Junta Reglamentadora de Trabajo Social de Puerto Rico <input type="checkbox"/> No evidencio que es miembro activo del Colegio de Trabajadores Sociales de Puerto Rico <input type="checkbox"/> No presentó la licencia de conducir <input type="checkbox"/> No radicó la Certificación de Razones por las Cuales el Contribuyente No está Obligado por Ley a Rendir la Planilla de Contribución Sobre Ingresos de Individuos										

LLENE LA INFORMACIÓN QUE SE SOLICITA EN ESTE VOLANTE.

R E C I B O	Nombre y Apellidos Paterno, Materno:					
	Documentos entregados: <input type="checkbox"/> Visa de Residencia <input type="checkbox"/> Visa de Trabajo <input type="checkbox"/> Certificado de colegiación <input type="checkbox"/> Certificado para ejercer la profesión <input type="checkbox"/> Preparación académica <input type="checkbox"/> Convalidación de estudios <input type="checkbox"/> Modelo 6088 Radicación de Planillas <input type="checkbox"/> Licencia profesional <input type="checkbox"/> Licencia de conducir <input type="checkbox"/> Experiencia de empleo <input type="checkbox"/> Evidencia de preferencia <input type="checkbox"/> Modelo 2781 No Obligación de Radicar Planillas <input type="checkbox"/> Certificación de ASUME					
	Título del examen solicitado:			FIRMA DEL SOLICITANTE:		
	<input type="checkbox"/> Completó los documentos requeridos			<input type="checkbox"/> No completó los documentos requeridos		
	Esta solicitud fue recibida por:			Fecha:		

EXPERIENCIA						
25. 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. PARA SER CONSIDERADA LA EXPERIENCIA PARA PUNTUACIÓN ADICIONAL, DEBERÁ SOMETER CERTIFICACIÓN OFICIAL DE LOS EMPLEOS RELACIONADOS AL EXAMEN QUE SOLICITA.						
A- Título Oficial del Puesto		DESDE			HASTA	
Nombre y Dirección del Supervisor Inmediato		Día	Mes	Año	Día	Mes
Describa en forma concisa y exacta sus deberes. Si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión.		Empleado/a del Gobierno, indique:				
		<input type="checkbox"/> Servicio de Carrera <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Probatorio <input type="checkbox"/> Servicio de Confianza				
		<input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Otro				
		Trabajo Jornada Parcial: Salario: Mes: _____ Semanal: _____ Hora: _____				
B- Título Oficial del Puesto		DESDE			HASTA	
Nombre y Dirección del Supervisor Inmediato		Día	Mes	Año	Día	Mes
Describa en forma concisa y exacta sus deberes. Si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión.		Empleado/a del Gobierno, indique:				
		<input type="checkbox"/> Servicio de Carrera <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Probatorio <input type="checkbox"/> Servicio de Confianza				
		<input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Otro				
		Trabajo Jornada Parcial: Salario: Mes: _____ Semanal: _____ Hora: _____				
C- Título Oficial del Puesto		DESDE			HASTA	
Nombre y Dirección del Supervisor Inmediato		Día	Mes	Año	Día	Mes
Describa en forma concisa y exacta sus deberes. Si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión.		Empleado/a del Gobierno, indique:				
		<input type="checkbox"/> Servicio de Carrera <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Probatorio <input type="checkbox"/> Servicio de Confianza				
		<input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Otro				
		Trabajo Jornada Parcial: Salario: Mes: _____ Semanal: _____ Hora: _____				
26. Conteste SI o NO ¿Es adicto al uso habitual o excesivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Ha sido convicto por delito grave? (Felony) Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Indulto? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿ó su sentencia conmutada? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> ¿Ha sido destituido de algún puesto público? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Ha sido habilitado por el Director de la Oficina de Administración y Transformación de los Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> *En caso afirmativo, acompañe documentación al efecto. ¿Ha radicado planilla de contribución sobre ingreso durante los cinco años previos a esta solicitud? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> * En caso afirmativo, acompañe evidencia (Certificación de Radicación de Planillas de Contribución sobre Ingresos, Modelo 6088 del Departamento de Hacienda). * En caso negativo, someta Certificación de Razones por las Cuales el Contribuyente No está Obligado por Ley a Rendir la Planilla de Contribución Sobre Ingresos de Individuos, Modelo 2781 del Departamento de Hacienda.						
27. 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 el derrocamiento del gobierno por la fuerza o la violencia. Declaro, además, que la información incluida 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, de descubrirse falsedad o fraude por lo afirmado, 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			

INSTRUCCIONES

- ★ Indique claramente el título del examen que solicita y complete una solicitud de examen que incluya los documentos requeridos por cada examen que interese tomar.
- ★ De acuerdo a lo estipulado en la Ley Núm. 8-2017, según enmendada, tiene que someter evidencia de Certificación de Radicación de Planillas de Contribución sobre Ingresos (Modelo SC 6088) de los últimos cinco (5) años previos a la radicación de solicitud de examen. De no estar obligado a rendir planillas en uno o más de los años requeridos deberá presentar la Certificación de Razones por las Cuales el Contribuyente No está Obligado por Ley a Rendir la Planilla de Contribución Sobre Ingresos de Individuos (Modelo 2781). Puede conseguir los documentos en SURI, Colecturía Virtual y en los Centros de Servicios al Cliente, en las Oficinas Regionales: Ponce, Mayagüez, Caguas, Bayamón y en la Oficina Central, del Departamento de Hacienda, en el Viejo San Juan.
- ★ Los candidatos que indiquen poseer experiencia en el Sistema Público o Empresas Privadas o agencias excluidas de las disposiciones de la Ley para la Administración de los Recursos Humanos en el Servicio Público, deberán acompañar con su solicitud de examen una certificación de la agencia o empresa donde preste o haya prestado servicios que incluya lo siguiente:
 1. Posición ocupada por el solicitante.
 2. Sueldo semanal, mensual o por hora si se trata de empleo o jornada parcial.
 3. Fechas exactas en que adquirió la experiencia (día, mes y año) y cantidad de horas trabajadas si se trata de un empleado/a a jornada parcial.
 4. Descripción de los deberes y naturaleza del trabajo.
- ★ Los candidatos deben someter evidencia de su Preparación Académica.
- ★ En la evaluación de su solicitud se tomará en consideración los requisitos de la clase, la experiencia laboral, la preparación académica y los cursos o adiestramientos que ha tomado y que estén relacionados con el puesto para el cual solicita examen, siempre y cuando se haya sometido evidencia.
- ★ Los candidatos deben someter una Certificación Negativa o el Estado de Cuenta de la Administración para el Sustento de Menores (ASUME).
- ★ Los candidatos que radiquen una solicitud de examen para una clase colegiada, deberán presentar, según aplique; evidencia de la nota de la reválida, certificación de admisión al ejercicio de la profesión u oficio y de la colegiación.

PATRONO CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO Y ACCION AFIRMATIVA (M/F/H/V) Esta agencia no discrimina por condición de raza, color, religión, afiliación política, sexo, orientación sexual, origen nacional o económico, edad, estado civil, por ser víctima o ser percibida como víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho, condición de veterano, impedimento físico o mental u otra condición protegida por ley.