|  |  |
| --- | --- |
| ASM-3Rev. 12/FEB/2024Estado Libre Asociado de Puerto RicoDepartamento de la Familia**ADMINISTRACIÓN PARA EL SUSTENTO DE MENORES**Oficina de Recursos HumanosP.O. Box 70376, San Juan, PR 00936 - 8376Página electrónica: [www.asume.pr.gov](http://www.asume.pr.gov) tel. (787) 767-1500 ext. 2601**SOLICITUD DE EXAMEN** | **TIENE CASO DE PENSION ALIMENTARIA EN LA ASUME**□ Sí □ NoNúmero 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)  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Título del Examen que solicita según se anuncia en la Convocatoria | 13. Seguro Social |  14. ¿Ha radicado o tomado este examen anteriormente? □ Sí Fecha:­ □ No |
| 2. Nombre y Apellidos Paterno, Materno | 15. LUGAR DONDE ACEPTARIA EMPLEOAlternativas: Nivel Central, Regiones: Aguadilla, Arecibo, Bayamón, Caguas, Carolina, Humacao, Guayama, Mayagüez, Ponce, San Juan o indicar Oficinas Locales.1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 3. Dirección Postal  |
| 4. Correo electrónico (e-mail) | Información demográfica requerida exclusivamente para propósito de estadísticas:5. Fecha de nacimiento6. Sexo □ F □ M | 16. Tiene preferencia establecida de: **Veterano** Sí □ No □  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 □ No □  Para reclamar la misma debe someter una certificación del Programa al cual pertenece con no más de treinta (30) días de expedida. **Impedido** Sí □ No □ 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 □ No □ 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:□ No Vidente □ Uso de silla de ruedas □ Sordo □ Otra: |
| 7. Ciudadanía □ Americana □ Otra: | 8. Visas de Residencia y Trabajo (sólo para ciudadanos extranjeros) Tipo: □ H □ L □ O □ TN |
| Número  | Número  |
| Fecha de Expiración  | Fecha de Expiración |
| 9. Teléfono Residencial | 10. Teléfono celular | 11. Teléfono del Trabajo |
| 12. A Tipo de Nombramiento que aceptaría □ Regular □ Transitorio □ Jornada Irregular |
| 12. B Tipo de Horario que aceptaría: □ Horario Regular □ 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: □ Aceptada □ Devuelta □ Denegada Por: Fecha: |
| □ No reúne la preparación académica mínima requerida □ No reúne la experiencia mínima requerida □ No radicó la Certificación Negativa o el Estado de Cuenta de ASUME □ No radicó la Certificación de Radicación de Planillas □ No aceptó trabajar en la ubicación del puesto vacante □ Radicación tardía □ No hay convocatoria abierta□ No es empleado de la Rama Ejecutiva □ No evidencio la certificación de la Junta Reglamentadora de Trabajo Social de Puerto Rico □ No evidencio que es miembro activo del Colegio de Trabajadores Sociales de Puerto Rico □ No presentó la licencia de conducir □ 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. **RECIBO** |
| Nombre y Apellidos Paterno, Materno: |
| Documentos entregados: □ Visa de Residencia □ Visa de Trabajo □ Certificado de colegiación □ Certificado para ejercer la profesión□ Preparación académica □ Convalidación de estudios □ Modelo 6088 Radicación de Planillas □ Licencia profesional □ Licencia de conducir□ Experiencia de empleo □ Evidencia de preferencia □ Modelo 2781 No Obligación de Radicar Planillas □ Certificación de ASUME |
| Título del examen solicitado: | FIRMA DEL SOLICITANTE: |
| □ Completó los documentos requeridos  | □ No completó los documentos requeridos  |
| Esta solicitud fue recibida por:  | Fecha: |
| EXPERIENCIA25. 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 | Año |
|  |  |  |  |  |  |
| 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: □ Servicio de Carrera □ Regular □ Probatorio □ Servicio de Confianza □ Transitorio □ Contrato □ OtroTrabajo Jornada Parcial: Salario: Mes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semanal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |
|  |
| B- Título Oficial del Puesto | DESDE | HASTA |
| Nombre y Dirección del Supervisor Inmediato | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
|  |  |  |  |  |  |
| 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: □ Servicio de Carrera □ Regular □ Probatorio □ Servicio de Confianza □ Transitorio □ Contrato □ OtroTrabajo Jornada Parcial: Salario: Mes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semanal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |
|  |
| C- Título Oficial del Puesto | DESDE | HASTA |
| Nombre y Dirección del Supervisor Inmediato | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
|  |  |  |  |  |  |
| 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: □ Servicio de Carrera □ Regular □ Probatorio □ Servicio de Confianza □ Transitorio □ Contrato □ OtroTrabajo Jornada Parcial: Salario: Mes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semanal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |
|  |
| 26. Conteste SI o N0¿Es adicto al uso habitual o excesivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas? SÍ □ NO □ ¿Ha sido convicto por delito grave? (Felony) SÍ □ NO □ ¿Indulto? SÍ □ NO □ ¿ó su sentencia conmutada? SÍ □ NO □ N/A □¿Ha sido destituido de algún puesto público? SÍ □ NO □¿Ha sido habilitado por el Director de la Oficina de Administración y Transformación de los Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico? SÍ □ NO □ N/A □\*En caso afirmativo, acompañe documentación al efecto.¿Ha radicado planilla de contribución sobre ingreso durante los cinco años previos a esta solicitud? SÍ □ NO □\* 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.***