

# The Forrest Group LTD.

## SOLICITUD DE EMPLEO

La información entregada en este formulario es para uso exclusivo de la compañía. Por favor responda cada pregunta de manera íntegra y exacta. Somos un empleador que brinda igualdad de oportunidades y no discriminamos sobre la base de raza, color, sexo, religión, origen nacional, edad, discapacidad, ciudadanía, estatus de veterano, o cualquier otra característica protegida en reclutamiento, contratación, u otros términos o condiciones de empleo. Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, por favor hágala antes de firmar. Con todo gusto le ayudaremos de la manera que podamos.

**(FAVOR LETRA IMPRENTA)**

Cargo(s) al que Postula	Fecha de la Solicitud
¿Cómo supo de Nosotros? <input type="checkbox"/> Publicidad <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Visita espontánea <input type="checkbox"/> Agencia de Empleo <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Otro	

NOMBRE COMPLETO (Apellido, 1er Nombre, 2do Nombre)	Número de Seguro Social
¿Es usted conocido por algún otro nombre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si así es, indique su(s) nombre(s):	
Dirección Actual	Ciudad, Estado, Código Zip
Teléfono ( )	
Últimas dos direcciones (Escriba primero la más reciente)	
¿Actualmente es empleado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Pretensión de Salario? \$
¿Podemos contactar a su actual empleador? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Tipo de Empleo deseado? <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Temporal
¿Actualmente está en estatus de "inactividad" y sujeto a reincorporación? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Está dispuesto a trabajar en turnos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene autorización para trabajar legalmente en EE.UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Fecha de disponibilidad para trabajar:
¿Tiene parientes empleados en la compañía? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si así es, quién:	Encierre en círculo los días disponibles para trabajar: Lun Mar Mie Jue Vie Sáb Dom ¿Sábado y Domingo, si es necesario? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Ha trabajado antes para esta compañía o afiliados? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si así es, indique fecha:	Horas Disponibles para trabajar: _____ ¿Está dispuesto a trabajar horas extra, si es necesario? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Nos ha presentado antes una solicitud de empleo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si así es, indique fecha	¿Puede viajar, si un trabajo lo requiere? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene licencia de conducir? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Ha sido declarado reo o se ha declarado culpable de alguna infracción de tránsito en los últimos cinco años? <input type="checkbox"/> SÍ Número _____ <input type="checkbox"/> NO
¿Alguna vez su licencia ha sido suspendida o revocada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si así es, fecha: Explique:	¿Alguna vez se ha declarado culpable, o ha sido declarado reo, o ha tenido una caución por vencimiento relacionada con un delito mayor o algún acto deshonesto en los últimos 7 años? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si así es, especifique delito, fecha y tribunal

## EXPERIENCIA LABORAL

Comience por su actual trabajo o el más reciente. Incluya cualquier asignación de servicio militar relacionada con trabajo y actividades de voluntariado. Puede excluir organizaciones que indiquen raza, color, religión, género, origen nacional, discapacidad u otro estatus protegido.

1. Empleador	<b>Período del empleo</b>		<b>Trabajo realizado</b>
	Desde	Hasta	
Dirección	<b>Tarifa por hora/Salario</b>		
	Inicial	Final	
Cargo	<b>Número de Teléfono</b>		
Nombre del Supervisor	<b>Motivo de la Salida</b>		

2. Empleador	<b>Período del empleo</b>		<b>Trabajo realizado</b>
	Desde	Hasta	
Dirección	<b>Tarifa por hora/Salario</b>		
	Inicial	Final	
Cargo	<b>Número de Teléfono</b>		
Nombre del Supervisor	<b>Motivo de la Salida</b>		

3. Empleador	<b>Período del empleo</b>		<b>Trabajo realizado</b>
	Desde	Hasta	
Dirección	<b>Tarifa por hora/Salario</b>		
	Inicial	Final	
Cargo	<b>Número de Teléfono</b>		
Nombre del Supervisor	<b>Motivo de la Salida</b>		

**Si necesita espacio adicional, por favor continúe en otra hoja de papel**

<b>EMPLEO ANTERIOR</b>		
¿Alguna vez ha sido destituido de un empleo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si así es, explique:
¿Estará comprometido en otro empleo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si así es, explique:
¿Sus actos alguna vez han hecho que fuera responsable de falta de fondos o de propiedad en el empleo anterior?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si así es, explique:

# EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

Encierre en Círculo Último Año Completado ➔	Escuela Industrial o Secundaria 9 10 11 12 GED					Escuela Técnica/Comercial 1 2		Universidad 1 2 3 4				Escuela de Postgrado 1 2 3 4			
	Nombre Escuela Secundaria					Ubicación				¿Se graduó? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
Haga una lista de cada Escuela de Negocios, Industrial o Universidad a la que haya asistido					Ubicación	Fechas Asistió	Major en Universidad	Grado Obtenido							
Indique cualquier idioma extranjero que hable, lea y/o escriba															
					FLUIDO	BUENO				SUFICIENTE					
HABLA															
LEE															
ESCRIBE															
Haga una lista de las actividades profesionales, industriales, de negocios o actividades cívicas y cargos detentados. <i>Puede excluir membresías que revelarían sexo, raza, religión, origen nacional, edad, ancestros, discapacidad, u otro estatus protegido:</i>															

## REFERENCIAS

Escriba **nombre, dirección y número de teléfono** (de preferencia teléfonos diurnos) de tres referencias de negocios/profesionales o académicas que no tengan relación con usted. **POR FAVOR NO INDIQUE REFERENCIAS PERSONALES**

- 1.
- 2.
- 3.

## DECLARACIÓN DEL POSTULANTE

Certifico que las respuestas dadas en esta solicitud de empleo son verdaderas y completas a mi mejor saber y entender. Autorizo la investigación de todas las afirmaciones contenidas en esta solicitud de empleo según sea necesario para llegar a una decisión de empleo.

Esta solicitud de empleo se considerará vigente por un período no superior a 30 días. Cualquier postulante que desee ser considerado para empleo más allá de ese período debe enviar una nueva solicitud antes de que se venza el período durante el cual las solicitudes estén siendo aceptadas para una vacante específica.

Mediante el presente documento señalo entender y aceptar que, a menos que la ley vigente defina lo contrario, cualquier relación de empleo con esta organización es de naturaleza "a voluntad", lo que significa que el Empleado puede renunciar en cualquier momento y que el Empleador puede desvincular al Empleado en cualquier momento con o sin causa. Se entiende además que esta relación de empleo "a voluntad" no puede ser cambiada por ningún documento escrito ni por conducta a menos que dicho cambio sea específicamente reconocido por escrito por un ejecutivo autorizado de esta organización.

En caso de ser elegido para el empleo, entiendo que entregar información falsa o engañosa en mi solicitud o entrevista(s) puede derivar en desvinculación. Entiendo además que estoy obligado a acatar todas las reglas y regulaciones del Empleador.

\_\_\_\_\_

Firma del Postulante Fecha

# AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL POSTULANTE PARA ENTREGA DE INFORMACIÓN

## ***POR FAVOR LEA ATENTAMENTE***

Agradecemos su postulación a The Forrest Group, LTD. Para nosotros, es motivo de orgullo que el éxito sea resultado de la calidad y del calibre de nuestros empleados. Usted está postulando a un cargo cuya aceptación lo situará en una categoría de profesionales reconocidos. En pos de esa excelencia requerimos, como condición de empleo, y/o continuación de empleo, que **todos los postulantes accedan a y autoricen una verificación de antecedentes previo al empleo**, incluido, pero sin limitarse a, información entregada en su solicitud o currículum resumido.

Yo, el postulante abajo firmante, mediante el presente documento certifico que la información que he entregado para fines de empleo es verdadera y completa a mi mejor saber y entender. Entiendo que si soy empleado, cualquier afirmación falsa será considerada como causa para posible desvinculación.

La presente renuncia de derechos y autorización reconoce que The Forrest Group, LTD puede ahora, o en cualquier momento mientras yo sea empleado, realizar una verificación de mis antecedentes de educación, empleo anterior/historial laboral, antecedentes de crédito, registro de vehículos motorizados, referencias personales de contacto, solicitar que yo entregue una muestra de orina a analizar a fin de detectar presencia de drogas o alcohol, o bien obtener un historial de conducta civil o criminal correspondiente a mí que pueda estar archivada en cualquier agencia Federal, Estatal o local en cualquier estado o provincia, o cualquier información que se considere necesaria para cumplir con los requisitos del empleo.

Autorizo a agentes/designados por The Forrest Group, LTD personal o afiliados de The Forrest Group, LTD, para divulgar verbalmente y por escrito los resultados de este proceso de verificación y/o entrevista a los representantes autorizados designados de la Compañía.

He leído y entendido esta renuncia de derechos y consentimiento, y **autorizo la verificación de antecedentes**. Autorizo a personas, escuelas, empleadores actuales y anteriores y a otras organizaciones y agencias para que entreguen a The Forrest Group, LTD y sus agentes toda información que sea solicitada, y mediante el presente documento libero a todas las personas y Agencias que entreguen dicha información de toda reclamación y daño conectado con la entrega que ellos hagan de cualquier información solicitada. Acepto que cualquier copia de este documento tiene la misma validez del original.

Mediante el presente acepto liberar y exonerar para siempre a The Forrest Group, LTD su agente y sus asociados dentro de toda la medida permitida por ley de reclamaciones, daños, costos y gastos, o cualquier otro cargo o reclamo cursado ante cualquier agencia que surja de la recuperación y entrega de información.

Firma		# Seguro Social	
Nombre completo (a máquina o en letra imprenta)			Fecha
Dirección	Ciudad	Estado/Zip	Fecha de Nacimiento
Licencia #	Tipo	Estado	

AVISO SOBRE REPORTES DE CONSUMO

En conexión con mi solicitud de empleo (incluido contrato para servicios) presentada a ustedes, entiendo que es posible que se soliciten reportes de crédito de consumo que contengan información de registros públicos. Estos reportes pueden incluir los siguientes tipos de información: nombres y fechas de empleadores anteriores, motivo de término del empleo, experiencia laboral, registros escolares/universitarios, etc. Entiendo además que dichos reportes pueden contener información de registros públicos concernientes a mi historial de conductor, procesos por quiebra crediticia, antecedentes delictuales, etc., de agencias federales, estatales, de condado y otro tipo que puedan mantener dichos registros.

DIVULGACIÓN

Mediante el presente consiento en que obtengan la información arriba señalada de parte de IPI. Mediante el presente autorizo la obtención de reporte(s) de consumo. Si soy contratado (o subcontratado), esta autorización seguirá en archivo y servirá como autorización permanente para que ustedes obtengan reportes de consumo en cualquier momento durante mi empleo (o período de subcontratación).

RENUNCIA

Entiendo que es posible que se solicite un reporte de consumo investigativo con relación a mi solicitud de empleo. Entiendo además que las solicitudes son hechas a fuentes públicas o privadas, incluido pero sin limitarse a: Registros Civiles o Criminales, Registro de Conducción, Reportes de Crédito, Educación, Entrega de Licencia Profesional, Empleo Anterior, y Reportes de Seguro Social. También reconozco que un fax (facsimil telefónico) tendrá igual validez que un original. Toda información a solicitar es conforme con la Ley federal para estadounidenses con discapacidades (ADA), la Ley de informes de crédito justos (FCRA), y todas las leyes estatales aplicables. Mediante mi firma abajo libero por completo y exonero a la compañía, también conocida como The Forrest Group, LTD y a nuestros agentes de cualquier daño resultante de la información que sea proporcionada. Mediante el presente documento autorizo, sin reservas, a cualquier empleado, agencia policial, oficina de crédito, escuela, institución, o proveedor de servicios de información subcontratado para proporcionar toda y cualquier información arriba descrita.

Autorizo además sin reservas la obtención permanente de todos los reportes descritos arriba durante mi empleo/contrato.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma Postulante: \_\_\_\_\_

Favor Letra Imprenta:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ 2do Nombre: \_\_\_\_\_

Otros Nombres Usados: \_\_\_\_\_

Dirección Actual: \_\_\_\_\_ Ciudad/ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Número Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_ Estado Emisor Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_

LA INFORMACIÓN DE ARRIBA ES EXIGIDA POR AGENCIAS POLICIALES Y OTRAS ENTIDADES PARA IDENTIFICACIÓN MEDIANTE COINCIDENCIAS EN VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES. ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y SE UTILIZA SOLO PARA FINES DE PRESELECCIÓN.

# AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA The Forrest Group, LTD

## ***POR FAVOR LEA ATENTAMENTE***

Yo, \_\_\_\_\_, soy Empleado actual de, o estoy Postulando a un empleo en The Forrest Group, LTD, y mediante el presente documento certifico que la información que he entregado para fines de empleo es verdadera y completa a mi mejor saber y entender. **Entiendo y acepto** que si soy empleado, cualquier afirmación falsa será considerada como causa para posible desvinculación.

## ***DIVULGACIÓN***

**Entiendo y acepto**, que en conexión con mi empleo y/o solicitud de empleo, la compañía puede solicitar un reporte de consumo y/o un reporte de consumo investigativo a una agencia de reportes de consumo que abarque mi número de seguro social, historial de operación de vehículos motorizados, antecedentes delictuales, y otra información en la medida de lo permitido por ley de diversas agencias locales, estatales y federales, fuentes privadas y de seguros, y otras fuentes disponibles.

**Entiendo y acepto** que un reporte de consumo y/o un reporte de consumo investigativo también puede incluir información como mi calificación de crédito, situación crediticia, capacidad de crédito, carácter, reputación general, características personales, modo de vida, hábitos laborales, rendimiento y experiencia, junto con motivos del término de empleos pasados con empleadores previos, requerir que yo entregue una muestra de orina a ser analizada para detectar presencia de drogas o alcohol, y obtener cualquier información de antecedentes civiles o criminales correspondientes a mí que puedan figurar en archivos de cualquier agencia de justicia penal Federal, Estatal o local en cualquier estado o provincia o bien cualquier información que se considere necesaria para cumplir con los requerimientos del empleo.

**Entiendo y acepto** que un reporte de consumo y/o un reporte de consumo investigativo solicitado puede obtenerse para fines de empleo, como se define en la Ley federal de informes de crédito justos, o como lo defina la ley estatal comparable. Específicamente, esta información se puede solicitar para fines de empleo, ascenso, reasignación o retención como un Empleado.

## ***RENUNCIA***

**He leído y entiendo este Consentimiento y Renuncia de Derechos**, y mediante el presente documento autorizo la verificación de antecedentes como se describe arriba. Mediante el presente documento autorizo a personas, escuelas, empleadores actuales y anteriores, a otras organizaciones, y a agencias gubernamentales para que entreguen a la compañía toda información que sea solicitada, y

(Inicial) \_\_\_\_\_

**Mediante el presente exoneró a personas, escuelas, empleadores actuales y anteriores, a otras organizaciones, y a agencias gubernamentales que entreguen dicha información de toda reclamación y daño conectado con la entrega que ellos hagan de cualquier información solicitada.** Acepto que cualquier copia de este documento tiene la misma validez del original.

**Mediante el presente acepto liberar y exonerar para siempre a The Forrest Group, LTD sus agentes y sus asociados dentro de toda la medida permitida por ley de reclamaciones, daños, costos y gastos, o cualquier otro cargo o reclamo cursado ante cualquier agencia que surja de la recuperación y entrega de información.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Postulante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Favor Letra Imprenta

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ 2do Nombre \_\_\_\_\_

Otros Nombres Usados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección Actual

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Zip

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Número Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Número Licencia de Conducir

\_\_\_\_\_  
Fecha Vencimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha Emisión

# Formulario voluntario de auto-identificación

es un Empleador de Igualdad de Oportunidades. Según lo requerido por la ley, debemos registrar cierta información para ser parte de nuestro Programa de Acción Afirmativa

Los solicitantes de empleo también están invitados a participar en el Programa de Acción Afirmativa reportando su condición de discapacitados, veteranos discapacitados, veteranos de la era de Vietnam u otra minoría. Al extender esta invitación también se le informa que: (a) los trabajadores (solicitantes) no están obligados a responder, pero pueden hacerlo en el futuro, si lo desean; (b) las respuestas permanecerán confidenciales dentro del Departamento de Recursos Humanos; y (c) las respuestas se utilizarán solamente para la información necesaria para incluir en nuestro Programa de Acción Afirmativa. Somos una empresa que valora la diversidad. Alentamos activamente a las mujeres y las minorías a aplicar

La negativa a proporcionar esta información no tendrá ningún impacto en su solicitud y no le someterá a ningún tratamiento adverso..

Complete la información solicitada a continuación. Gracias por su cooperación.

## Sección 1: Información General del Solicitante (Esto está vinculado a la Solicitud para el Número de Requisición Específica).

## Sección 2: Por favor, marque todas las que apliquen (Vea las definiciones abajo)

Raza o identidad étnica		Género	**Estatus de veterano
<input type="checkbox"/>	hispano o latino	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Veterano discapacitado
<input type="checkbox"/>	Blanco (no hispano o latino)	<input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Veterano de la insignia de la campaña
<input type="checkbox"/>	Negro o Afrian Americano (no hispano o Latino)		<input type="checkbox"/> Veterano recientemente separado
<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico (no hispano o latino)		<input type="checkbox"/> Veteranos de la Medalla de Servicio de las Fuerzas Armadas
<input type="checkbox"/>	Asian (not Hispanic or Latino)		<input type="checkbox"/> ***Otro
<input type="checkbox"/>	Indio americano o nativo de Alaska (no hispano o latino)		<input type="checkbox"/> Individuo con discapacidades
<input type="checkbox"/>	Dos o más razas (no hispanos o latinos)		VER LAS PAGINAS SIGUIENTES



<input type="checkbox"/> No deseo identificarme
---

## CATEGORÍAS DE IDENTIFICACIÓN RACIAL / ÉTNICA EEOC

### **Hispano o Latino**

Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, u otra cultura o origen español independientemente de su raza

### **Blanco (no hispano o latino)**

Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, Oriente Medio 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 Hawai u otro isleño del Pacífico (no hispano o latino)**

Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

### **Asiático (no hispano o latino)**

Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el sudeste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam. .

### **Indio americano o nativo de Alaska (no hispano o latino)**

Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte y del Sur (incluida Centroamérica), y que mantienen la afiliación tribal o el apego de la comunidad.

### **Dos o más razas (no hispanos o latinos)**

Todas las personas que se identifican con más de una de las cinco carreras anteriores.

### **Veterano discapacitado**

Significa (i) un veterano del servicio militar, terrestre, naval o aéreo de los Estados Unidos que tiene derecho a una indemnización (o que, salvo el pago de jubilación militar, tendría derecho a una indemnización), de acuerdo con las leyes administradas por el Departamento de Asuntos de Veteranos una discapacidad

(A) calificado al 30 por ciento o más, o (B) clasificado en 10 o 20 por ciento en el caso de un veterano que ha

se ha determinado en virtud del artículo 38 del Código de Estados Unidos. 3106 a tener una discapacidad laboral grave o (ii) una persona que fue dada de alta o liberada del servicio activo debido a una discapacidad relacionada con el servicio.

### **Veterano de la insignia de la campaña**

Incluye cualquier veterano que sirvió en servicio activo en el ejército, tierra, ombligo o servicio aéreo estadounidense en una guerra, campaña o expedición en la cual una insignia de campaña ha sido autorizada bajo leyes administradas por el Departamento de Defensa

### **Veterano recientemente separado**

Cualquier veterano que sirvió en servicio activo en el servicio militar, terrestre, naval o aéreo de los Estados Unidos durante el período de tres (3) años a partir de la fecha del alta o la liberación del veterano.

### **Veterano de la Medalla de Servicio de las Fuerzas Armadas**

Incluye cualquier veterano que, durante su servicio activo en las Fuerzas Armadas, participó en una operación militar de los Estados Unidos para la cual se otorgó una medalla de servicio de acuerdo con la Orden Ejecutiva 12985.

Continúa en la siguiente página ....

**Autoidentificación voluntaria de la discapacidad**

Form CC-305  
OMB Control Number 1250-0005  
Expires

**Por qué se le pide que complete este**

Debido a que hacemos negocios con el gobierno, debemos alcanzar, contratar y proporcionar igualdad de oportunidad des a personas calificadas con discapacidades. Para ayudarnos a medir lo bien que estamos haciendo, le estamos pidiendo que nos diga si tiene una discapacidad o si alguna vez tuvo una discapacidad. Completar este formulario es voluntario, pero esperamos que elija llenarlo. Si está solicitando un trabajo, cualquier respuesta que dé será mantenida privada y no será usada en su contra de ninguna manera.

Si ya trabaja para nosotros, su respuesta no se utilizará en su contra de ninguna manera. Debido a que una persona puede quedar discapacitada en cualquier momento, estamos obligados a pedir a todos nuestros empleados que actualicen su información cada cinco años. Usted puede autoidentificarse voluntariamente como teniendo una discapacidad en este formulario sin temor a ningún castigo porque usted no identificó como teniendo una discapacidad anterior.

**¿Cómo sé 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 una actividad vital importante, o si tiene un historial o registro de tal impedimento o condición médica

Las discapacidades incluyen, pero no se limitan a:

- \* Ceguera
- \* Autismo
- \*desorden bipolar
- \* El trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- \* Sordera
- \* Parálisis cerebral
- \*Depresión mayor
- \* Desorden obsesivo compulsivo
- \*Cáncer
- \*VIH / SIDA
- \* Esclerosis Múltiple (EM)
- \* Deterioros que requieren el uso de una silla de ruedas
- \*Diabetes
- \*esquizofrenia
- \* miembros faltantes o miembros parcialmente ausentes
- \* La discapacidad intelectual (anteriormente llamada retraso mental)
- \* Epilepsia
- muscular

**La discapacidad intelectual (anteriormente llamada retraso mental)**

Por favor marque una de las siguientes casillas:

- SI, TENGO UNA DISCAPACIDAD (o antes tenía una discapacidad)
- NO, NO TENGO UNA DISCAPACIDAD
- No quiero responder

Nota para SS: Este formulario debe estar vinculado al número de solicitud y requisición  
**Autoidentificación voluntaria de la discapacidad**

Form CC-305  
OMB Control Number E250-0005  
Expires

**Aviso de alojamiento razonable**

La ley federal exige que los empleadores proporcionen un alojamiento razonable a individuos calificados con discapacidades. Por favor, díganos si necesita una acomodación razonable para solicitar un trabajo o para realizar su trabajo. Ejemplos de ajustes razonables incluyen hacer un cambio en el proceso de solicitud o procedimientos de trabajo, proporcionar documentos en un formato alternativo, usar un intérprete de lenguaje de señas o usarequipo especializado.

1 Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973, según enmendada. Para obtener más información sobre este formulario o las obligaciones de igualdad de empleo de los contratistas federales, visite el sitio web de la Oficina Federal de Programas de Cumplimiento de Contrato (OFCCP) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos en [www.dol.gov/ofccp](http://www.dol.gov/ofccp).

DECLARACIÓN DE CARGA PÚBLICA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona debe responder a una colección de información a menos que dicha colección muestre un número de control OMB válido. Esta encuesta debería tardar unos 5 minutos en completarse.