



Departamento de Estado de los Estados Unidos
**SOLICITUD DE EMPLEO EN CALIDAD DE PERSONAL
CONTRATADO LOCALMENTE O COMO FAMILIAR**

APROBACIÓN NO. 1405-0189 / OMB
FECHA DE VENCIMIENTO: 31/03/2016
CARGA HORARIA APROXIMADA: 1 hora

(Esta solicitud se utiliza para los puestos que contrata la Misión diplomática de los Estados Unidos según las normas interinstitucionales para la contratación de personal local, de la Oficina de Empleo en el Extranjero (*Office of Overseas Employment*) del Departamento de Estado)

| PUESTO | | |
|--|--|--|
| 1. Nombre del puesto | 2. Grado | |
| 3. Número del anuncio del puesto vacante | 4. Fecha de disponibilidad para el empleo (<i>mes-día-año</i>) | |
| INFORMACIÓN PERSONAL | | |
| 5. Apellido(s) | Nombre de pila | Segundo nombre de pila u otros apellidos |
| 6. Otros nombres empleados | | |
| 7. Dirección actual | 8. Números telefónicos | |
| | Día _____ | |
| | Noche _____ | |
| | Móvil _____ | |
| 9. Dirección electrónica | | |
| 10. ¿Es ciudadano de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 11. ¿Es residente permanente de los EE.UU. (tarjeta verde)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| En caso afirmativo, indique el número. _____ | | |
| 12a. Número del seguro social (para los ciudadanos o residentes permanentes de los EE.UU.) <u>N/A</u> | | |
| o | | |
| 12b. Número nacional de identidad, o ambos _____ | | |
| 13. ¿Tiene derecho legal a trabajar en este país? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| En caso afirmativo, la Oficina de Recursos Humanos de la Misión puede exigir una confirmación de que posee ese derecho. Sírvase adjuntar copias de toda la documentación que confirme su derecho a trabajar legalmente en este país (<i>por ejemplo, permiso de trabajo, permiso de residencia</i>). | | |
| 14. Si lo contratan, ¿necesitaría la Misión hacer ajustes para que usted pudiera desempeñar todas las funciones y los deberes esenciales del puesto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| En caso afirmativo, sírvase explicarlos. | | |
| 15. Si solicita un puesto que obligue a manejar un vehículo oficial de los Estados Unidos, ¿tiene una licencia vigente y válida para conducir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se aplica | | |
| En caso afirmativo, clase o tipo de licencia _____ | | |
| En caso afirmativo, ¿ha manejado un vehículo sin ningún incidente en los últimos tres años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

16. ¿Qué días estaría disponible para trabajar como parte de una semana laboral uniforme? (Marque todos los días pertinentes.)

Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

17. ¿Alguno de sus parientes o de los miembros de su unidad familiar trabaja para el gobierno de los Estados Unidos? Sí No

En caso afirmativo, indique los detalles a continuación. Si necesita más espacio, utilice otra hoja de papel. (Vea las instrucciones para llenar el formulario DS-174, donde figura la definición de los parientes y miembros de la unidad familiar.)

| Nombre | Parentesco | Organismo, cargo y lugar |
|--------|------------|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

PREFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE FAMILIARES IDÓNEOS QUE SEAN CIUDADANOS ESTADOUNIDENSES Y DE VETERANOS DE LAS FUERZAS ARMADAS DE LOS ESTADOS UNIDOS

18. ¿Considera que se le debe dar preferencia en la contratación según las leyes de los EE.UU., entre ellas, la Ley del Servicio Diplomático (Foreign Service Act) de 1980, por ser un familiar idóneo estadounidense o veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Consulte las instrucciones para llenar este formulario (DS-174) con el fin de obtener más información sobre estas preferencias. (Marque solo una respuesta.)

Sí, soy familiar idóneo estadounidense y veterano de los EE.UU. Sí, soy veterano de los EE.UU.
 Sí, soy familiar idóneo estadounidense. No, no soy ni familiar idóneo estadounidense ni veterano de los EE.UU.

¿Se ha acogido a esta preferencia para un puesto anterior en este lugar de destino/esta Misión? Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué organismo? _____ Fecha (mes-día-año) _____

Si cree que tiene derecho a la preferencia por ser veterano de los EE.UU., deberá adjuntar una copia del formulario DD-214 más reciente, Certificado de Licenciamiento o separación del servicio activo. Si cree que tiene derecho condicional a la preferencia para los veteranos de los EE.UU., deberá presentar la prueba del derecho condicional.

ESTUDIOS

| | | | | |
|--|---|---|--|--------------|
| 19. Estudios superiores Nombre de la institución, ciudad, estado o país | Fechas de asistencia (mes-año) De _____ A _____ | ¿Se graduó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Título/Diploma | Especialidad |
| Estudios universitarios Nombre de la institución, ciudad, estado o país | Fechas de asistencia (mes-año) De _____ A _____ | ¿Se graduó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Título/Diploma | Especialidad |
| Estudios secundarios/Desarrollo educativo general (GED) o el equivalente en cada país Nombre de la institución, ciudad, estado o país | Fechas de asistencia (mes-año) De _____ A _____ | ¿Se graduó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si no se graduó, el grado o nivel más alto que terminó | |
| Otros estudios/Escuela técnica o profesional Nombre de la institución, ciudad, estado o país | Fechas de asistencia (mes-año) De _____ A _____ | ¿Se graduó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Certificado/Diploma | Especialidad |

IDIOMAS

20. Enumere sus idiomas, el nivel de aptitud correspondiente y su idioma materno/principal/nativo por medio de la escala que figura continuación. Debe señalar solo un idioma materno/principal/nativo.

Indicadores de conocimientos del idioma

- Nivel I** Conocimientos elementales
- Nivel II** Conocimientos limitados
- Nivel III** Conocimientos prácticos adecuados
- Nivel IV** Dominio del idioma
- Nivel V** Traductor o intérprete profesional

| Nivel de conocimientos del idioma para: | Hablar | Leer | Escribir |
|---|--------|------|----------|
| Idioma materno | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

EXPERIENCIA DE TRABAJO

Incluya toda la experiencia de trabajo remunerado y voluntario. Comience con el puesto actual o más reciente. Al describir el trabajo, enumere los deberes, responsabilidades y logros específicos. Incluya las responsabilidades de supervisión y el número de empleados supervisados. Suministre tantos detalles de la experiencia de trabajo como sea posible que guarden relación directa con el puesto vacante anunciado. Cite todos los períodos de desempleo y los motivos correspondientes. *(Emplee las hojas que necesite.)*

21a. EXPERIENCIA DE TRABAJO

21a. Nombre del puesto *(Si trabajó para el Gobierno de los EE.UU., indique la serie y el grado.)*

| De (mes-año) | A (mes-año) | Sueldo anual en dólares de los EE.UU. o en moneda local | Horas por semana |
|--------------|-------------|---|------------------|
| | | | |

| Nombre y dirección del empleador | Nombre e información de contacto del supervisor |
|--|--|
| | Nombre |
| | Número telefónico |
| | Dirección electrónica |
| ¿Fue usted supervisor en este cargo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿a cuántas personas supervisó? _____ | ¿Puede la Oficina de Recursos Humanos comunicarse con su supervisor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Describa sus principales deberes, responsabilidades y logros.

Motivo(s) para dejar el empleo *(No escriba "N/A" ni "No se aplica".)*

21b. EXPERIENCIA DE TRABAJO21b. Nombre del puesto *(Si trabajó para el Gobierno de los EE.UU., indique la serie y el grado.)*De *(mes-año)*A *(mes-año)*

Sueldo anual en dólares de los EE.UU. o en moneda local

Horas por semana

Nombre y dirección del empleador

Nombre e información de contacto del supervisor

Nombre

Número telefónico

Dirección electrónica

¿Fue usted supervisor en este cargo? Sí No¿Puede la Oficina de Recursos Humanos comunicarse con su supervisor? Sí NoEn caso afirmativo, ¿a cuántas personas supervisó?

Describa sus principales deberes, responsabilidades y logros.

Motivo(s) para dejar el empleo *(No escriba "N/A" ni "No se aplica".)***21c. EXPERIENCIA DE TRABAJO**21c. Nombre del puesto *(Si trabajó para el Gobierno de los EE.UU., indique la serie y el grado.)*De *(mes-año)*A *(mes-año)*

Sueldo anual en dólares de los EE.UU. o en moneda local

Horas por semana

Nombre y dirección del empleador

Nombre e información de contacto del supervisor

Nombre

Número telefónico

Dirección electrónica

¿Fue usted supervisor en este cargo? Sí No¿Puede la Oficina de Recursos Humanos comunicarse con su supervisor? Sí NoEn caso afirmativo, ¿a cuántas personas supervisó?

Describa sus principales deberes, responsabilidades y logros.

Motivo(s) para dejar el empleo *(No escriba "N/A" ni "No se aplica".)*

21d. EXPERIENCIA DE TRABAJO21d. Nombre del puesto *(Si trabajó para el Gobierno de los EE.UU., indique la serie y el grado.)*De *(mes-año)*A *(mes-año)*

Sueldo anual en dólares de los EE.UU. o en moneda local

Horas por semana

Nombre y dirección del empleador

Nombre e información de contacto del supervisor

Nombre

Número telefónico

Dirección electrónica

¿Fue usted supervisor en este cargo? Sí No¿Puede la Oficina de Recursos Humanos comunicarse con su supervisor? Sí NoEn caso afirmativo, ¿a cuántas personas supervisó?

Describa sus principales deberes, responsabilidades y logros.

Motivo(s) para dejar el empleo *(No escriba "N/A" ni "No se aplica".)***LICENCIAS, COMPETENCIAS, CAPACITACIÓN, AFILIACIONES Y RECONOCIMIENTOS**

22. Enumere las licencias profesionales, certificados, habilidades de mecanografía, digitación en teclado, uso de computadores, capacitación formal y en línea y otras aptitudes y capacidades que estime pertinentes para el puesto. Incluya la licencia o el número del certificado y adjunte una copia si se exige para el puesto. Si obtuvo la licencia en los Estados Unidos, sírvase citar el estado de expedición. Si la obtuvo en otro país, sírvase indicar la provincia/el estado/la región y el país de expedición. (Emplee las hojas que necesite.)

23. Enumere las organizaciones y asociaciones profesionales, premios, distinciones, becas y publicaciones que considere importantes.

REFERENCIAS

24. Cite tres referencias personales que no sean parientes ni ex supervisores que conozcan su desempeño en el trabajo.

Nombre

Dirección

Teléfono

Cargo

FIRMA Y CERTIFICACIÓN

25. Certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información declarada en la presente solicitud y en cualquier anexo a la misma es veraz, correcta y completa y se presenta de buena fe. Tengo presente que cualquier información falsa o fraudulenta que dé en la presente solicitud o en cualquier anexo a la misma puede ser motivo para dejar de contratarme o para despedirme después de comenzar a trabajar y que tal hecho es castigable con una multa o con encarcelamiento según la ley de este país o de los EE.UU. Estoy consciente de que toda información que suministre voluntariamente en esta solicitud o en cualquier anexo a la misma puede investigarse.

Firma

Fecha *(mes-día-año)*

CONTINUACIÓN – EXPERIENCIA DE TRABAJO21_. Nombre del puesto *(Si trabajó para el Gobierno de los EE.UU., indique la serie y el grado.)*De *(mes-año)*A *(mes-año)*

Sueldo anual en dólares de los EE.UU. o en moneda local

Horas por semana

Nombre y dirección del empleador

Nombre e información de contacto del supervisor

Nombre

Número telefónico

Dirección electrónica

¿Fue usted supervisor en este cargo? Yes No¿Puede la Oficina de Recursos Humanos comunicarse con su supervisor? Sí NoEn caso afirmativo, ¿a cuántas personas supervisó?

Describa sus principales deberes, responsabilidades y logros.

Motivo(s) para dejar el empleo *(No escriba "N/A" ni "No se aplica".)***CONTINUACIÓN - EXPERIENCIA DE TRABAJO**21_. Nombre del puesto *(Si trabajó para el Gobierno de los EE.UU., indique la serie y el grado.)*De *(mes-año)*A *(mes-año)*

Sueldo anual en dólares de los EE.UU. o en moneda local

Horas por semana

Nombre y dirección del empleador

Nombre e información de contacto del supervisor

Nombre

Número telefónico

Dirección electrónica

¿Fue usted supervisor en este cargo?? Sí No¿Puede la Oficina de Recursos Humanos comunicarse con su supervisor? Sí NoEn caso afirmativo, ¿a cuántas personas supervisó?

Describa sus principales deberes, responsabilidades y logros.

Motivo(s) para dejar el empleo *(No escriba "N/A" ni "No se aplica".)*