

Requisitos para solicitar:

1. Completar la solicitud de empleo en todas sus partes.
2. Acompañe copia de los siguientes documentos:
 - Evidencia Académica (sólo uno de los siguientes)
 - Diploma o Certificado del grado conferido
 - Certificación de Estudios o Transcripción de Créditos oficial de una universidad acreditada con el grado conferido
 - Resumé
 - Licencia de Conducir (categoría chofer o vehículo pesado)
 - ** Récord Choferil

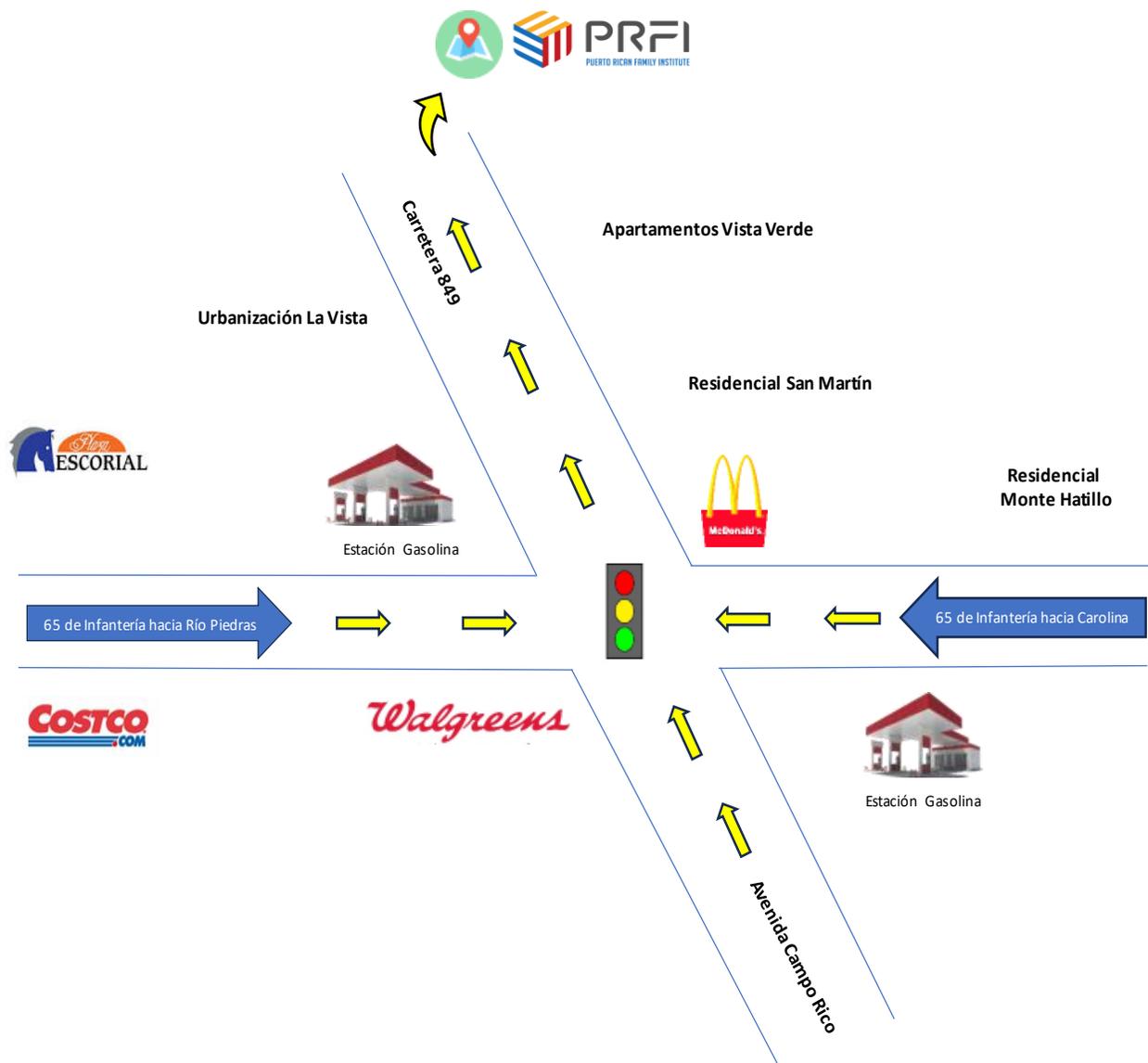
**Sólo para el puesto de Chofer/Handyman

NOTA: De no presentar los mismos, su solicitud no será considerada.

3. Devuelva su solicitud a la oficina central de **Puerto Rican Family Institute Inc.** de alguna de las siguientes maneras:
 - Pasando personalmente por nuestra Oficina Central en la Carretera 849 km 1.5, Calle Juan Baíz, Barrio Santo Domingo en Río Piedras, P.R. (ver mapa al dorso).
 - El horario para entregar solicitudes es de lunes a viernes de 8:00 am a 4:00 pm, les recordamos que de 12:00pm a 1:00 pm estamos en receso de almuerzo. Debe traer copia de todos los documentos requeridos (no se estarán sacando copias de los documentos).
 - Por correo regular al **PO Box 29608, San Juan, PR 00929- 6680**
 - Por correo electrónico a recursoshumanos@prfipr.org y en el asunto escribir el título del puesto para el cual está solicitando. Favor de escanear todos los documentos y enviarlos, no se aceptarán fotos de los documentos para asegurar la legibilidad de los documentos.

Instrucciones de cómo llegar a nuestra Oficina Central:

- Debe localizar la 65 de Infantería en Río Piedras, el cruce con la Avenida Campo Rico y la Carretera 849.
- Puede localizar en el GPS bajo Puerto Rican Family Institute Inc.
 - <https://goo.gl/maps/CvrkeqEBfNU2>





Carretera 849 Km. 1.5
Calle Juan Baíz
Barrio Santo Domingo
Río Piedras, PR 00924

P.O. Box 29608
San Juan, PR 00929-0608
Tel.: 787-701-0200
Fax: 787-257-6680
www.prifpr.org

SOLICITUD DE EMPLEO

Puerto Rican Family Institute, Head Start y Early Head Start Program, no discrimina por razón de raza, color, sexo, nacimiento, origen nacional, ideas políticas o religiosas, edad, orientación sexual o identidad de género o impedimentos en sus actividades, servicios educativos y oportunidades de empleo.

(FAVOR ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre
Dirección Residencial		
Dirección Postal		
Teléfono Residencial	Otro teléfono	Correo Electrónico
Puesto Que Solicita	Pueblos donde aceptaría empleo	
¿Aceptaría empleo temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Aceptaría empleo en el que tuviera que viajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Detalle las licencias profesionales que posee, incluya: clase, número y fecha de vencimiento.		
¿Ha trabajado alguna vez en esta entidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha sido padre voluntario del programa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Indique fechas:		
¿Está usted trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Exponga la razón por la cuál solicita empleo		

PREPARACIÓN ACADÉMICA

ESCUELAS	NOMBRE Y PUEBLO	ULTIMO GRADO CONFERIDO	TITULO DEL GRADO	¿OBTUVO EL GRADO?
Elemental		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Intermedia		7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Superior		10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Post Graduados		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros (Especifique)				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

CONOCIMIENTO DE IDIOMAS

IDIOMAS	HABLA			ESCRIBE			ENTIENDE		
	BIEN	REGULAR	MAL	BIEN	REGULAR	MAL	BIEN	REGULAR	MAL
Inglés									
Español									
Otros									

REFERENCIAS PERSONALES

(Mencione a 3 personas que usted conozca que puedan dar referencias suyas con excepción de parientes o familiares cercanos)

NOMBRE	OCUPACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO

EXPERIENCIA DE TRABAJO

(comenzando por su ÚLTIMO EMPLEO, detalle su experiencia)

Nombre y Dirección del patrono	Duración en el empleo (mes, año) Desde _____ / _____ mes año Hasta _____ / _____ mes año
Nombre del Supervisor Inmediato y su puesto	Teléfono
Título del puesto que ocupaba el solicitante	
Describa, brevemente, sus deberes y responsabilidades	
Razones para haber dejado el empleo	

Nombre y Dirección del patrono	Duración en el empleo (mes, año)
	Desde _____ / _____ mes año
	Hasta _____ / _____ mes año
Nombre del Supervisor Inmediato y su puesto	Teléfono

Título del puesto que ocupaba el solicitante

Describa, brevemente, sus deberes y responsabilidades

Razones para haber dejado el empleo

Nombre y Dirección del patrono	Duración en el empleo (mes, año)
	Desde _____ / _____ mes año
	Hasta _____ / _____ mes año
Nombre del Supervisor Inmediato y su puesto	Teléfono

Título del puesto que ocupaba el solicitante

Describa, brevemente, sus deberes y responsabilidades

Razones para haber dejado el empleo

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR REFERENCIAS

Como solicitante para el puesto de _____ con Puerto Rican Family Institute, Head Start & Early Head Start Program, autorizo a todos mis patronos anteriores, así como, las instituciones educativas a brindar información sobre mi historial de trabajo o educativo para fines de la Solicitud de Empleo.

Verifique y marque:

SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	toda la información requerida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	historial de salario
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fechas de empleo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	puestos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	responsabilidades y tareas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	razones para dejar el empleo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	informe de asistencia del último año trabajado

Firma del Solicitante	Fecha
-----------------------	-------

FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE SOLICITAR REFERENCIAS

Certifico que toda la información suministrada por mí en la presente Solicitud de Empleo es *CIERTA, COMPLETA Y CORRECTA*. Acepto y reconozco que si alguna de la información suministrada por mí en la misma, es falsa, incompleta o incorrecta, esto constituirá justa causa para que se deniegue el empleo solicitado o para el despido, según sea el caso.

Autorizo a Puerto Rican Family Institute, Head Start & Early Head Start Program, a que verifique toda la información suministrada en esta Solicitud de Empleo. Así mismo, relevo total y expresamente a Puerto Rican Family Institute, Head Start & Early Head Start Program, a sus empleados, funcionarios, directores, oficiales y agentes, de cualquier y toda responsabilidad en que pudiesen incurrir como consecuencia de esta autorización que estoy brindando.

Autorizo a los patronos anteriores y a cualquier individuo, corporación, compañía, asociación, institución o entidad mencionada en esta Solicitud de Empleo y con respecto a mi carácter, reputación, habilidades e historial de empleo o educación. Relevo de toda responsabilidad a los patronos anteriores, a las referencias mencionadas y a cualquier individuo, corporación, compañía, asociación, institución o entidad mencionada en esta Solicitud de Empleo, por cualquier daño que la divulgación de la información solicitada por Puerto Rican Family Institute, Head Start & Early Head Start Program, pueda tener sobre mi persona, intimidad o privacidad.

Entiendo y reconozco que nada de lo contenido en la presente Solicitud de Empleo ni el hecho de que se me conceda una entrevista de empleo, tiene la intención de crear ni crea un contrato de empleo ni una promesa de empleo con Puerto Rican Family Institute, Head Start & Early Head Start Program y mi persona.

Además, acepto que esta solicitud de empleo permanecerá vigente por un período de no más de un año.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ FECHA: _____

ACOMPÑE COPIA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS CON ESTA SOLICITUD DE EMPLEO

- Certificación de Estudios
Transcripción de Créditos de una universidad reconocida
Diploma o Certificado
- Resumé
- Licencias Profesionales (si aplica)
- Colegiación (si aplica)
- Certificado del Departamento de Educación (si aplica)
- * Licencia de Conducir(categoría chofer ó vehículo pesado)
- * Récord Choferil

*** Se requieren estos documentos si el puesto que solicita es de Chofer.
De no presentar los mismos esta solicitud será denegada inmediatamente.**



Carretera 849 Km. 1.5
Calle Juan Baíz
Barrio Santo Domingo
Río Piedras, PR 00924

P.O. Box 29608
San Juan, PR 00929-0608
Tel.: 787-701-0200
Fax: 787-257-6680
www.prifpr.org

DECLARACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre del Prospecto o Empleado: _____

Las regulaciones federales actuales requieren que los Programas de Head Start le requieran a todos los prospectos a empleo la firma de una declaración previo a su contratación que enumere:

1. Todos los arrestos y cargos criminales pasados y actualmente pendientes relacionados con abuso sexual a niños y su disposición.
2. Convicciones relacionadas con otras formas de abuso y/o negligencia a niños.
3. Todas las convicciones por delitos de violencia. Las declaraciones pueden excluir:
 - a. Cualquier ofensa relacionada con abuso a niños y/o abuso sexual a niños o delitos de violencia cometidos antes de cumplir los 18 años, que fuera finalmente adjudicado en una corte juvenil o bajo las leyes de menores.
 - b. Cualquier convicción cuyo record hubiese sido borrado bajo las leyes federales o estatales y otros.
 - c. Cualquier convicción anulada bajo la Ley Federal de Corrección de Menores (Federal Youth Corrections Act) o autoridad estatal similar.
4. Tiene delitos pendientes: _____ Si _____ No
Indique cuál o cuáles _____

Las personas que declaren, en este formulario, que han sido arrestadas, acusadas o convictas de cualquiera de las violaciones enumeradas arriba no son automáticamente descalificadas de ser contratadas. Nuestra agencia tiene que revisar cada caso de arresto, acusación o convicción para evaluar su relevancia en la decisión de una contratación.

Sírvase a firmar en la categoría apropiada:

NO HE SIDO arrestado, acusado y/o convicto en uno o más de los tres tipos de delitos mencionados arriba.

Fecha

Firma

HE SIDO arrestado, acusado y/o convicto en uno o más de los tres tipos de delitos mencionados arriba. Si ha sido así acompañe una lista de el/los delito/os, fecha/s de arresto/s, acusación/es y/o convicción/es y otra información relevante.

Fecha

Firma



Carretera 849 Km. 1.5
Calle Juan Baíz
Barrio Santo Domingo
Río Piedras, PR 00924

P.O. Box 29608
San Juan, PR 00929-0608
Tel.: 787-701-0200
Fax: 787-257-6680
www.prifpr.org

REFERENCIA DE EMPLEO

La Parte A para ser completada por el solicitante

Nombre del Solicitante: _____

Estoy solicitando un puesto como _____ en Puerto Rican Family Institute, Inc.
– Puerto Rico Head Start & Early Head Start Program. **Favor de contestar la siguiente evaluación, según su conocimiento.**

Autorizo a dar información relacionada a mi experiencia de trabajo a: Puerto Rican Family Institute Inc., Puerto Rico Head Start & Early Head Start Program. Relevo de toda responsabilidad al evaluador y al Programa Head Start & Early Head Start por usar esta información.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Parte B para ser completada por el evaluador

Nombre de la Compañía: _____

Puesto ocupado por solicitante: _____

Fecha de empleo: _____ / _____
Desde (mes, año) Hasta (mes, año)

Años de servicio: _____

Razones para dejar el empleo: _____

Evalúe según su conocimiento

CATEGORÍA (MARQUE CON UNA X)	Excelente	Bueno	Promedio	Bajo Promedio	Inaceptable
Cantidad y calidad de trabajo					
Actitud hacia el trabajo					
Relaciones con el supervisor y supervisados					
Cualidades personales					
Destrezas de comunicación					
Ejecutorias en general					
Asistencia					

Nombre del Evaluador o Representante del Patrono: _____

Puesto del evaluador en la Compañía: _____

Firma del Evaluador o Representante del Patrono: _____



SELLO DE LA INSTITUCIÓN