



INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL SOLICITANTE

Apellido

Nombre

Número de Seguro Social
(Últimos cuatro dígitos)

SE PROTEGE SU PRIVACIDAD

Esta información se usa para determinar si nuestras iniciativas relacionadas con la igualdad de oportunidades de empleo benefician a todos los segmentos de la población, en conformidad con las leyes federales sobre la igualdad de oportunidades de empleo. Las respuestas a estas preguntas son voluntarias. Sus respuestas no se le mostrarán al funcionario que seleccione ni a ninguna otra persona que pueda repercutir en su solicitud. Este formulario no se colocará en su archivo de personal ni se les proporcionará a sus supervisores en la oficina que le dé empleo si usted es contratado. Toda la información recopilada mediante este formulario se mantendrá privada en la medida que lo permite la ley. Vea la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación para obtener más información.

Completar este formulario, en parte o en su totalidad, es voluntario. No se hacen selecciones individuales de personal en base a esta información. No habrá ningún impacto en su solicitud si usted opta por no responder a cualquiera de estas preguntas.

Gracias por ayudarnos a ofrecer un mejor servicio.

RECURSOS DE CONTRATACIÓN

1. ¿Cómo se enteró de las oportunidades de empleo de la Oficina del Censo? Marque (con una X) solamente una casilla.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Organización nacional o comunitaria – <i>Especifique</i>
_____ | <input type="checkbox"/> Amigo o pariente que trabaja en la Oficina del Censo |
| <input type="checkbox"/> Oficina de empleo/servicio de empleo o centro de información federal, estatal o de tribu indígena | <input type="checkbox"/> Amigo o pariente que no trabaja en la Oficina del Censo |
| <input type="checkbox"/> Reclutador de la Oficina del Censo | <input type="checkbox"/> Folleto/cartel/volante |
| <input type="checkbox"/> Sitio web de empleos de la Oficina del Censo | <input type="checkbox"/> Feria de empleos |
| <input type="checkbox"/> Anuncio por internet | <input type="checkbox"/> Periódico–anuncio |
| <input type="checkbox"/> Medios sociales | <input type="checkbox"/> Periódico–artículo |
| <input type="checkbox"/> Número de teléfono gratuito o línea de empleo de la Oficina del Censo | <input type="checkbox"/> Radio |
| <input type="checkbox"/> Correspondencia o tarjeta postal sobre empleos con la Oficina del Censo | <input type="checkbox"/> Escuela o universidad |
| | <input type="checkbox"/> Anuncio o noticias por televisión |
| | <input type="checkbox"/> Otra fuente – <i>Especifique</i>
_____ |

2. Origen étnico Marque (con una X) solamente una casilla.

- Hispano o latino:** una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen hispanoparlante, sin importar la raza.
- No es hispano o latino**

3. Raza (Marque con una X todas las que correspondan).

- Indígena de las Américas o nativa de Alaska:** una persona con orígenes en alguno de los pueblos originales de América del Norte o América del Sur (también América Central) y que mantiene una afiliación tribal o lazo comunitario.
- Asiática:** una persona con orígenes en alguno de los pueblos originales del Lejano Oriente, Sudeste Asiático o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia o Vietnam.
- Negra o afroamericana:** una persona con orígenes en alguno de los grupos raciales negros de África.
- Nativa de Hawái o de otra de las islas del Pacífico:** una persona con orígenes en alguno de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otra de las islas del Pacífico.
- Blanca:** una persona con orígenes en alguno de los pueblos originales de Europa, el Medio Oriente o el Norte de África

RECURSOS DE CONTRATACIÓN - Continuación

4. Educación (Marque [con una X] el nivel de educación más alto completado):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No fue a la escuela superior | <input type="checkbox"/> Asistió a la universidad-No se graduó |
| <input type="checkbox"/> Asistió a la escuela superior-No se graduó | <input type="checkbox"/> Título asociado universitario |
| <input type="checkbox"/> Diploma de escuela superior/GED | <input type="checkbox"/> Título de bachillerato |
| <input type="checkbox"/> Título técnico/Título o certificado de escuela vocacional | <input type="checkbox"/> Título de maestría |
| | <input type="checkbox"/> Título de doctorado |

5. Discapacidad/Trastorno grave de salud

Las próximas preguntas se refieren a discapacidades y trastornos graves de salud. Sus respuestas asegurarán que nuestras normas sobre relaciones y contratación beneficien a una gran cantidad de personas con trastornos físicos o mentales. Considere sus respuestas sin el uso de medicina y dispositivos de ayuda (excepto espejuelos) o la ayuda de otra persona.

¿Tiene usted alguno de los siguientes trastornos de salud o discapacidades? (Marque [con una X] todas las casillas que le correspondan a usted):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sordera o dificultad auditiva grave | <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica considerable: por ejemplo, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de estrés postraumático (TEPT) o depresión grave |
| <input type="checkbox"/> Ceguera o dificultad grave para ver, aun cuando usa espejuelos | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual (anteriormente llamada retraso mental) |
| <input type="checkbox"/> Le falta un brazo, una pierna, una mano o un pie | <input type="checkbox"/> Trastorno del desarrollo: por ejemplo, parálisis cerebral o trastorno del espectro autista |
| <input type="checkbox"/> Parálisis: Parálisis parcial o total (cualquier causa) | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática |
| <input type="checkbox"/> Desfiguración considerable: por ejemplo, desfiguración grave provocada por quemaduras, heridas, accidentes o trastornos congénitos | <input type="checkbox"/> Enanismo |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad considerable en la movilidad: por ejemplo, usa una silla de ruedas, una silla motorizada, un andador o una abrazadera para la pierna y/o otro tipo de ayuda | <input type="checkbox"/> Epilepsia u otro trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Otra discapacidad o trastorno grave de salud: por ejemplo, diabetes, cáncer, enfermedad cardiovascular, trastorno de ansiedad o infección por VIH; discapacidad del aprendizaje, trastorno auditivo o del habla | |

Otra discapacidad o trastorno grave de salud (Opcional) – Marque todas las opciones que correspondan.

Usted indicó que tiene una discapacidad o trastorno grave de salud. Si lo desea, seleccione uno de los trastornos que se relacionan a continuación que le corresponda a usted. Como se explica anteriormente, sus respuestas no se le mostrarán al funcionario que seleccione ni a ninguna otra persona que pueda repercutir en su solicitud. Se mantendrá la privacidad de todas las respuestas hasta donde lo permite la ley. Vea la Declaración de la Ley sobre la Privacidad a continuación para obtener más información.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No deseo especificar ningún trastorno | <input type="checkbox"/> Obesidad morbosa |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Trastorno del sistema nervioso: por ejemplo, dolores de cabeza por migraña, enfermedad de Parkinson o esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Deficiencias ortopédicas no paralizantes: por ejemplo, dolor crónico, rigidez, debilidad de los huesos o las articulaciones, o cierta pérdida de la capacidad de usar partes del cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular o del corazón | <input type="checkbox"/> Deficiencias ortopédicas u osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn, síndrome de colon irritable u otra deficiencia gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Deficiencia pulmonar o respiratoria: por ejemplo, asma, bronquitis crónica o tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Depresión, trastorno de ansiedad u otro trastorno psicológico | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica u otra enfermedad de la sangre |
| <input type="checkbox"/> Diabetes u otra enfermedad metabólica | <input type="checkbox"/> Trastorno del habla |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para ver, aun cuando usa espejuelos | <input type="checkbox"/> Anomalías de la columna vertebral: por ejemplo, espina bífida o escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Trastorno auditivo | <input type="checkbox"/> Disfunción tiroidea u otro trastorno endocrino |
| <input type="checkbox"/> Historial de adicción a las drogas (pero no consume drogas ilegales actualmente) | <input type="checkbox"/> Otro. <i>Identifique la discapacidad/trastorno de salud, si lo desea:</i> |
| <input type="checkbox"/> Infección por VIH/sida u otro trastorno inmunitario | _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal: por ejemplo, necesita diálisis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje o trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado: por ejemplo, hepatitis o cirrosis | |
| <input type="checkbox"/> Lupus, fibromialgia, artritis reumatoide u otro trastorno autoinmunitario | |

Si usted no seleccionó una de las opciones anteriores, indique:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> No deseo identificar mi clasificación de discapacidad o trastorno grave de salud. |
| <input type="checkbox"/> No tengo ninguna de discapacidad ni trastorno grave de salud. |
| <input type="checkbox"/> Tengo una discapacidad o un trastorno grave de salud, pero no está en la lista en este formulario. |

DECLARACIONES DE LA LEY SOBRE LA PRIVACIDAD Y DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

Declaración de la Ley sobre la Privacidad: La recopilación de su información personal está autorizada por la Sección 7201, del Título 5 del Código de los Estados Unidos, donde se estipula que la Oficina de Administración de Personal debe implementar un programa de contratación de minorías, de acuerdo con las Directivas Uniformes sobre los Procedimientos de Selección de Empleados, Artículo 29 del Código de Regulaciones Federales, Parte 1607.4, el cual requiere la recopilación de datos demográficos con el fin de determinar si el proceso de selección tiene un efecto desigual ilegal, y la Sección 501 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la cual requiere que las agencias federales preparen planes de acción afirmativa para la contratación y el avance de las personas con discapacidades.

La información personal identificable que se recopila incluye su educación, raza, origen étnico, discapacidades e información médica. Los datos relacionados con un solicitante individual no se les proporcionan a los funcionarios que hacen la selección.

La información que se nos proporciona puede ser compartida con otros empleados de la Oficina del Censo para fines relacionados con el trabajo que sean identificados en esta declaración, según lo permite la Ley de Privacidad de 1974 (Título 5, Código de los Estados Unidos, Sección 552a). La información combinada no identificable que resume a todos los solicitantes para un puesto será usada por la Oficina de Administración de Personal y la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo para determinar si el poder ejecutivo del gobierno federal está contratando y seleccionando de manera eficaz a personas de todos los segmentos de la población, y según el Aviso del Sistema de Registros de la Ley de Privacidad OPM/GOVT-7, Registros de la raza, sexo, origen nacional y clasificación de discapacidad del solicitante.

Proporcionar esta información es voluntario. No se hacen selecciones individuales de personal en base a esta información. No habrá ningún impacto en su solicitud si usted opta por no responder a cualquiera de estas preguntas.

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites: La Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Artículo 44 del Código de los Estados Unidos, Sección 3501 y subsiguientes) requiere que le informemos a usted que estos datos se recopilan para planificar y evaluar las iniciativas de programas afirmativos de empleo. La respuesta a esta solicitud es voluntaria. Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder, una recopilación de información al menos que esta muestre un número de aprobación válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). Se calcula que el tiempo que le toma completar este formulario es cinco (5) minutos por respuesta, incluyendo el tiempo que toma repasar las instrucciones. Dirija los comentarios relacionados con el cálculo de tiempo y esfuerzo y cualquier otro aspecto de este formulario a Paperwork Reduction Project 0607-0139, U.S. Census Bureau, 4600 Silver Hill Road, Field Division-Correspondence Liaison, 5th Floor, Washington, DC 20233-1500, o puede enviar sus comentarios por correo electrónico a fld.decennial.oversight@census.gov; use "Paperwork Reduction Project 0607-0139" como tema y a Office of Management Budget, Office of Information and Regulatory Affairs, Washington, DC 20503.