

Información de posición

Substitute Provider, Child Care Substitutes of Oregon

The Research Institute

Título de trabajo

Departamento/Oficina

S2294

Numero de reclutamiento

Información Personal

Nombre

Teléfono de casa

Dirección

Teléfono de trabajo

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono móvil

Correo electrónico

Teléfono internaciona

¿Es mayor de 18 años? Si No

¿Es legalmente elegible para trabajar en los EE. UU.? Si No

¿Necesitará ahora o en el futuro un patrocinio para trabajar en la Universidad de Western Oregon? Si No

¿Alguna vez ha trabajado para la Universidad de Western Oregon?

Si (En caso que sí, nombre los departamentos y las fechas en las que trabajo) No

Nombre los departamentos y las fechas en las que trabajo: _____

Por favor indique el nombre y departamento de cualquier pariente que trabaje para la Universidad de Western Oregon. (Esta respuesta es considerada para propósitos de colocación. La Universidad de Western Oregon no coloca a parientes en posiciones que crean relaciones de supervisión/subordinación):

Registro Central de Antecedentes penales

¿Está actualmente inscrito en registro de antecedentes penales? (no requerido para aplicar)

Si No

Información de Educación

Nivel de educación completada (seleccione todo que correspondan)

Algo de escuela secundaria

Escuela secundaria

Colegio comunitario

Colegio (maestría)

Algo de colegio

Colegio comunitario (asociado)

Colegio (bachillerato)

Por Favor describa cualquier certificación adicional o relevante: _____

Información de historial de trabajo

Complete esta parte lo mejor que puedo con la posiciones más recientes

Continúe a la siguiente sección si adjunta un curriculum.

Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Puesto de trabajo: _____ De (Mes/Año): _____ A (Mes/Año): _____

Supervisor(a)(nombre:) _____ (Telefono): _____

Razon de irse: _____

Deberes principales de trabajo:

Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Puesto de trabajo: _____ De (Mes/Año): _____ A (Mes/Año): _____

Supervisor(a)(nombre:) _____ (Telefono): _____

Razon de irse: _____

Deberes principales de trabajo:

Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Puesto de trabajo: _____ De (Mes/Año): _____ A (Mes/Año): _____

Supervisor(a)(nombre:) _____ (Telefono): _____

Razon de irse: _____

Deberes principales de trabajo:

Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Puesto de trabajo: _____ De (Mes/Año): _____ A (Mes/Año): _____

Supervisor(a)(nombre:) _____ (Telefono): _____

Razon de irse: _____

Deberes principales de trabajo:

Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Puesto de trabajo: _____ De (Mes/Año): _____ A (Mes/Año): _____

Supervisor(a)(nombre:) _____ (Telefono): _____

Razon de irse: _____

Deberes principales de trabajo:

Habilidades y experiencia

¿Hablas otro idioma apesar de ingles? Si No En caso que si, ¿en qué áreas es competente?: _____
¿Cuáles son tus otros idiomas?
Leyendo No aplicable
Escritura
Hablando Todos los anteriores

¿Alguna vez ha trabajado en un centro de cuidado infantil? Si No ¿Alguna vez ha tenido o operado un centro de cuidado infantil? Si No

Capacitaciones previamente completadas (no vencidas):

CPR de infante/Primeros auxilios	Sueño seguro para infantes	Bases para el aprendizaje
Reconociendo y reportando abuso infantil y descuido	Introducción a la salud y seguridad infantil	Manipulación de alimentos
La prevención es mejor que tratamiento		

Aviso de acomodación razonable

La ley federal obliga a los empleadores a proveer acomodación razonable a personas calificadas con discapacidades. Por favor díganos si requiere una acomodación razonable para solicitar un trabajo o realizar tu trabajo. Ejemplos de acomodación razonable incluyen haciendo un cambio al procedimiento de la aplicación o procedimientos del trabajo, proporcionando documentos de forma alternativa, usando un intérprete de lenguaje de señas, o usando equipo especializado.

La universidad de Western Oregon es AA/EOE/Veterano/Empleador de discapacidad y está comprometida con fomentar la diversidad en alumnado, profesores y personal.

Por favor envíe aplicaciones completas a ccssohr@wou.edu

Por lo presente certifico que la información proporcionada en esta solicitud y/o los materiales complementarios se entregan libremente, cierto y completo. Entiendo que cualquier falso, fraudulento o declaraciones engañosas, respuestas, o información tal vez será suficiente para rechazo inmediato de mi solicitud, denegación de empleo, acción disciplinaria o despido del servicio si contratado. Yo autorizo a los Recursos Humanos de la Universidad de Western Oregon a investigar a fondo mi trabajo y historia de educación y verificar los datos proporcionados en esta solicitud o dado durante el proceso de selección.

Además, autorizo a Recursos Humanos a conducir una verificación de antecedentes penales, revisar mi historial de manejo, o contactar a mis empleadores del pasado o presente si es necesario. Yo autorizo empleadores anteriores mencionados en esta solicitud a liberar información laboral solicitada sobre mi. Por lo presente realizo a Recursos Humanos, así como a cualquier otra agencia, escuela o empresa contactada de cualquier responsabilidad o daño que pudiera resultar de obtención de la información solicitada. Recursos Humanos puede dar copias de mi autorización firmada a las personas contactadas.

Firma

Fecha

Nota: Los solicitantes que envíen este formulario electrónicamente se les pedirá que firmen el formulario en el momento de la entrevista inicial (si se les solicita una entrevista).

Toda la siguiente información es opcional y confidencial

Esta página es usada solamente por Recursos Humanos y no es vista por el departamento de contratación.

Información de posición

Título de trabajo

Departamento/oficina

Numero de reclutamiento

La Universidad de Western Oregon está comprometida con una programa de acción afirmativa que promueve la contratación efectiva de mujeres, miembros de grupos raciales/étnicos, personas con discapacidades, veteranos miembros de la comunidad LGBTQ+ y otros que demuestren la capacidad de ayudarnos a lograr nuestra visión de una comunidad diversa e inclusiva. La información en esta solicitud será confidencial y usada para cumplir con los requisitos de informes. La completación de este informe es voluntaria; la decisión de no divulgar esta información no resultará en ningún efecto adverso al tratamiento de su solicitud de empleo.

Información demográfica

¿En qué ciudad y estado vive?

Ciudad: _____ Estado: _____

Si en Oregon, que condado: _____

Información de acción afirmativa

Sexo (elige uno):

Hombre Mujer

Trans o de genero no conforme

Por favor indique su identidad étnica respondiendo a la siguiente pregunta:

Es hispano(a) o Latino(a): Si No

Raza (elige uno o mas):

Asiatico o Isleño del Pacifico: Todas las personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos del Lejano Oriente, el sur de Asia, el subcontinente indio o las islas del Pacifico. Por ejemplo esta área incluye, China, India, Japón, Corea, las islas Filipinas y Samoa.

Negro (no de origen de hispano): Todas las personas que tienen orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África. Hispano: todos la personas de nacionalidad mexicana, puertorriqueña, cubana, Centro y Sudamérica, u otra cultura española o origen independientemente de la raza..

Nativos americanos o nativos de Alaska: Todas las personas que tengan orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y mantienen la identificación cultural a través de tribus afiliación o reconocimiento comunitario.

Blanco (No de Origen hispano): Todas las personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Norte África o el Medio Oriente.

Información de estado de veterano

Este empleador es un contratista de gobierno sujeto a la Ley de Asistencia para el reajuste de los Veteranos de la Era de Vietnam de 1974, enmendada por la ley de empleos para veteranos de 2002, 38 UCS 4212 (VEVRAA), que requiere que el gobierno contratistas a tomar medidas afirmativas para emplear y promover en el empleo (1) veteranos discapacitados; (2) veteranos recientemente separados; (3) insignia de campana o tiempo de guerra de servicio activo veteranos; y (4) veteranos con medallas de servicio en las Fuerzas Armadas.

Estas calificaciones están definidas de la siguiente manera:

- Un **veterano discapacitado** es uno de los siguientes:
 - Un veterano de las fuerzas armadas, terrestres, navales o aéreas de los EE. UU. servicio tiene derecho a una compensación (o que pero por el recibo de pago militar retirado tendrá derecho a la compensación) bajo las leyes administradas por el Secretario de Asuntos de Veteranos; o
 - Una persona que fue dada de alta o liberada de activo servicio debido a una discapacidad relacionada con el servicio.
- Un **veterano recientemente** separado significa cualquier veterano durante el periodo de tres años a partir de la fecha de tal la baja o liberación del veterano del servicio activo en el servicio militar, terrestre, naval o aéreo de EE. UU.
- Un **veterano en servicio activo** en tiempo de guerra o con insignia de campana significa un veterano que sirvió en servicio activo en los EE. UU. servicio militar, terrestre, naval o aéreo durante una guerra, o en una campaña o expedición para la cual una insignia de campana ha sido autorizada bajo las leyes administradas por el departamento de defensa.
- Un **veterano con medalla de servicio de las Fuerzas Armadas** significa un veterano que, mientras prestaba servicio activo en los EE. UU. servicio militar, terrestre, naval o aéreo, participó en una operación militar para la cual la medalla de servicio de las Fuerzas Armadas fue otorgada de conformidad con la Orden Ejecutiva 12985.

Por favor elija una de las casillas a continuación (**proporcione una copia de su DD-14 para probar elegibilidad**):

Me identifico como una o más de las clasificaciones de veterano protegido mencionadas anteriormente.

No soy un veterano protegido

Información de publicidad:

¿En donde escuchó de esta posición por primera vez?

Anuncio impreso

Pagina web

Otro

Por favor especifique: