

**INVITATION TO SELF-IDENTIFY UNDER THE VEVRAA (1974),
VEOA (1998), VBHCIA (2000), JOBS FOR VETERANS
ACT (2002) AND REHABILITATION ACTS**

We invite individuals to complete this form after an employment offer is made.

This organization is subject to section 503 of the Rehabilitation Act of 1973 and the Vietnam Era Veteran's Assistance Act of 1974, as amended, which requires government contractors to take affirmative action to employ and advance in employment qualified individuals with disabilities, disabled veterans, special disabled veterans, Vietnam veterans and all other eligible veterans. If you have a disability or are a veteran as defined below and would like to be considered under the affirmative action program, please tell us. You may inform us of your desire to benefit under the program at this time and/or at any time in the future. Submission of this information is voluntary and refusal to provide it will not subject you to any adverse treatment. Information you submit about your disability will be kept confidential, except that (i) supervisors and managers may be informed regarding restrictions on the work or duties of individuals with disabilities, and regarding necessary accommodations; (ii) first aid and safety personnel may be informed, when and to the extent appropriate, if the condition might require emergency treatment; and (iii) government officials engaged in enforcing laws administered by OFCCP or the Americans with Disabilities Act may be informed. The information provided would be used only in ways that are consistent with section 503 of the Rehabilitation Act and the Vietnam Era Veteran's Readjustment Act of 1974, as amended.

PLEASE PRINT

Name _____ Date _____
Last First Middle

Job Title Hired for (*list only one*) _____

Signature _____

Vietnam Era Veteran

1. Are you a person who served on active duty for a period of more than 180 days any part of which occurred between 8/5/64 and 5/7/75 or active duty occurred in the Republic of Vietnam between 2/28/61 and 5/7/75 and was discharged or released therefrom with other than a dishonorable discharge or a service connected disability?

_____ Yes _____ No

Other Protected Veteran

2. Are you a person who served on active duty in the U.S. military, ground, naval or air service during a war or in a campaign or expedition for which a campaign badge has been authorized, other than special disabled veterans or veterans of the Vietnam era?

_____ Yes _____ No

See other side of page

Recently Separated Veteran

3. Are you a Veteran recently separated from service in the last 3 years?

_____Yes _____No

Date of Separation_____

Special Disabled Veteran

4. Are you a Veteran entitled to disability compensation under laws administered by the Veterans Administration for disability rated at 30% or more, or rated at 10% or 20% in the case of a veteran who has been determined to have a serious employment disability, or a person whose discharge or release from active duty was for a disability incurred or aggravated in the line of duty?

_____Yes _____No

Disabled Veteran

5. Are you (1) a Veteran of the U.S. military, ground, naval or air service who is entitled to compensation (or who but for the receipt of military required pay would be entitled to compensation) under laws administered by the Secretary of Veteran Affairs, or (2) a person who was discharged or released from active duty because of a service-connected disability?

_____Yes _____No

Armed Forces Service Medal Veteran

6. Are you a person who, while serving on active duty in the U.S. military, ground, naval or air service, participated in a United States military operation for which an Armed Forces service medal was awarded pursuant to Executive Order 12985?

_____Yes _____No

Disabled (Mental or Physical Disability)

7. Are you a person who has a mental or physical impairment that substantially limits one or more major life activities, who has a record of such impairment, or who is regarded as having such impairment?

_____Yes _____No

8. **If you are a disabled veteran, special disabled veteran or an individual with a disability**, we would like to include you under the affirmative action program. It would assist us if you tell us about (i) any special methods, skills and procedures which qualify you for positions that you might not otherwise be able to do because of your disability so that you will be considered for any positions of that kind, and (ii) the accommodations which we could make which would enable you to perform the job properly and safely, including special equipment, changes in the physical layout of the job, elimination of certain duties relating to the job, provision of personal assistance services or other accommodations.

CONVOCATORIA PARA IDENTIFICARSE EN VIRTUD DE LAS LEYES VEVRAA (1974), VEOA (1998) Y VBHCIA (2000), LA LEY DE TRABAJOS PARA VETERANOS (2002) Y DE LAS LEYES DE REHABILITACIÓN

Luego de una propuesta de empleo, instamos a las personas a completar este formulario.

Esta organización está sujeta al artículo 503 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973 y a la Ley de asistencia para la reinserción de veteranos de Vietnam (Vietnam Era Veteran's Assistance Act) de 1974, con las modificaciones correspondientes. Dichas normas exigen a los contratistas gubernamentales que tomen medidas para emplear y propiciar el ascenso en el trabajo de personas calificadas con discapacidades, veteranos con ciertas discapacidades, veteranos de Vietnam y otros veteranos que reúnan los requisitos correspondientes. Si tiene una discapacidad o es un veterano según se define a continuación y le interesa participar en el programa de toma de medidas activas, rogamos nos lo haga saber. Podrá comunicarnos su interés en recibir los beneficios del programa en este momento o en el futuro. El envío de esta información es de carácter voluntario y en caso de negarse a proporcionar la misma no se le someterá a ningún tipo de discriminación. La información que envíe acerca de su discapacidad será de carácter confidencial, excepto para (i) los supervisores y gerentes, quienes podrán ser informados sobre las limitaciones en el trabajo o las obligaciones de los individuos con discapacidades, así como las instalaciones que sean necesarias; (ii) el personal de seguridad y de primeros auxilios, cuyos miembros podrán ser notificados, en el momento y en la medida que corresponda, en caso de que la condición de la persona requiera tratamiento de emergencia especial; y (iii) los funcionarios gubernamentales que participan en el cumplimiento de las leyes administradas por la OFCCP (Oficina de programas de cumplimiento de contratos federales, por sus siglas en inglés) o de la Ley para Estadounidenses Discapacitados (Americans with Disabilities Act), quienes también podrán ser informados. La información proporcionada se utilizará únicamente conforme a lo establecido en el artículo 503 de la Ley de Rehabilitación y de la Ley de asistencia para la reinserción de veteranos de 1974.

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA

Nombre _____ Fecha _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Puesto del trabajo a ocupar (*indicar sólo uno*) _____

Firma _____

Veterano de Vietnam

1. ¿Cumplió servicio por un período mayor a los 180 días durante el cual algún lapso tuvo lugar entre el 5/8/64 y el 7/5/75 o cumplió servicio en la República de Vietnam entre el 28/2/61 y el 7/5/75 y fue dado de baja o se le otorgó licencia definitiva de servicio por alguna otra razón que no sea una destitución deshonrosa o una discapacidad relacionada con el servicio?

_____ Sí _____ No

Otros veteranos amparados

2. ¿Cumplió servicio militar en las fuerzas armadas terrestres, navales o aéreas de los Estados Unidos durante una guerra o en una campaña o expedición para la cual se haya autorizado una insignia especial, con excepción de veteranos con ciertas discapacidades o de veteranos de Vietnam?

_____ Sí _____ No

Ver al dorso

Veteranos recientemente dados de baja

3. ¿Es usted un veterano dado de baja en el transcurso de los últimos 3 años (pero no antes de noviembre de 2000)?

_____ Sí _____ No

_____ Fecha de baja- {} -

Veterano con cierta discapacidad

4. ¿Es usted un veterano con derecho a indemnización por discapacidad en virtud de las leyes que aplica la Administración de Veteranos (Veterans Administration) por discapacidades calificadas en un 30% o más, o calificadas en un 10% o 20% en el caso de un veterano cuyo diagnóstico indica una discapacidad grave para trabajar, o una persona cuya baja o licencia definitiva del servicio se debió a una discapacidad que tuvo lugar o se agravó en cumplimiento del deber?

_____ Sí _____ No

Discapacidad (mental o física)

5. ¿Es usted una persona con una discapacidad mental o física que limita sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida diaria, que tiene un registro de tal discapacidad o a quien se la considera tener tal discapacidad?

_____ Sí _____ No

6. **Si es un veterano con cierta discapacidad o una persona con una discapacidad**, desearíamos incluirlo en el programa de toma de decisiones activas. Sería de gran ayuda si nos proporcionara información sobre (i) cualquier método especial, destreza y procedimiento que le faculta a ocupar puestos que de otra forma no podría desempeñar debido a su discapacidad, a fin de tenerlo en cuenta para puestos de ese tipo, y (ii) las instalaciones que podríamos acondicionar para permitirle desempeñar el trabajo adecuadamente y con seguridad, incluidos equipos especiales, cambios en la distribución física del trabajo, supresión de ciertas obligaciones relacionadas con el trabajo así como la prestación de servicios de asistencia personal u otros cambios en las instalaciones.