

Información Personal

Por favor escriba claro y complete todo lo que aplica

<input type="checkbox"/> Nuevo empleado: correo electrónico personal: _____ <input type="checkbox"/> Actualización de records: Por favor utilice la dirección electrónica www.my.ucf.edu en Employee self-service	
<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Dr. Nombre: _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">(tal y como aparece en su tarjeta de seguro social)</div>	
Ciudadanía <input type="checkbox"/> Nativo <input type="checkbox"/> Naturalizado <input type="checkbox"/> País de naturalización _____ <input type="checkbox"/> Extranjero Permanente <input type="checkbox"/> Clase de Visa _____ <input type="checkbox"/> Extranjero Temporal <input type="checkbox"/> Fecha de Exp. Permiso de Trabajo _____	
Grupos étnicos 1: escoja uno <input type="checkbox"/> No-hispano <input type="checkbox"/> Hispano	Grupos étnicos: 2: escoja una o más etnicidades <input type="checkbox"/> Africano americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u otras islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Asiático <small>(si posee dos o más etnicidades, por favor circule una como la primaria)</small>
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Fecha de Nacimiento _____ (mm/dd/aaaa)	
Estado Civil <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	
Estado Militar <input type="checkbox"/> No-veterano <input type="checkbox"/> Era de Vietnam <input type="checkbox"/> otra era <input type="checkbox"/> Veterano discapacitado <input type="checkbox"/> Medalla expedicionaria Fuerzas Armadas	
Discapacidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Dirección de la Casa <small>(Dirección física requerida; No se aceptan P. O. Boxes)</small>	Teléfono _____ Cell _____ Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Casilla Postal _____ Provincia _____ País _____
Dirección Postal <input type="checkbox"/> (la misma de la casa)	Teléfono _____ Cell _____ Ciudad _____ Estado _____ Casilla Postal _____ Provincia _____ País _____
Contacto de Emergencia <input type="checkbox"/> ¿Es la dirección igual A la del empleado?	Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____ Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Casilla Postal _____ Provincia _____ Country _____
Registros Públicos ¿Es Ud. o su cónyuge miembro previo o activo de las fuerza policiales, juez o miembro de una categoría protegida bajo la regulación FS 119? <div style="text-align: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></div>	
Empleo de Familiares	Tiene Ud. algún familiar quien esté actualmente empleado por UCF? Este término incluye lo siguiente: Una persona con la que Ud. intenta casarse, o con quien el empleado planifica formar una unión doméstica u otra unión íntima. Si es así, el formulario llamado "Employment of Relatives" deberá completarse y aprobarse antes de contratación. <div style="text-align: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></div> Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____