



## REGISTRO DE VEHÍCULO PARA PERMISO DE ESTACIONAMIENTO

FECHA: \_\_\_\_\_ Núm. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_ Núm. DE PERMISO \_\_\_\_\_  
(Sólo para uso de oficina) (Sólo para uso de oficina)

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL 2o NOMBRE \_\_\_\_\_  
DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ PUESTO: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE CELULAR DEL EMPLEADO: \_\_\_\_\_

De día(1) \_\_\_\_\_ De noche(2) \_\_\_\_\_ De tarde(3) \_\_\_\_\_ Rotativo(4) \_\_\_\_\_ Fines de semana(5,6,7) \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO

(1) MARCA: \_\_\_\_\_ MODELO: \_\_\_\_\_ COLOR: \_\_\_\_\_

AÑO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ Núm. DE MATRÍCULA (PLACA): \_\_\_\_\_

(2) MARCA: \_\_\_\_\_ MODELO: \_\_\_\_\_ COLOR: \_\_\_\_\_

AÑO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ Núm. DE MATRÍCULA (PLACA): \_\_\_\_\_

### ¿TIENE MÁS VEHÍCULOS? ESCRIBA LA INFORMACIÓN AL REVERSO

Todos los estacionamientos del Hospital de UNM requieren un permiso de estacionamiento válido. El permiso asignado debe colocarse correctamente y estar visible en todo momento mientras el vehículo esté estacionado.

Por favor, escriba sus iniciales:

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi permiso de estacionamiento del Hospital de UNM solamente es válido en el estacionamiento o zona que me han asignado.

\_\_\_\_\_ Acuerdo colocar correctamente mi permiso de estacionamiento en todo momento mientras mi vehículo esté estacionado.

\_\_\_\_\_ Entiendo que estacionarse en una zona no autorizada, o sin un permiso colocado de modo adecuado, puede resultar en acción disciplinaria, una multa de estacionamiento, la colocación de un cepo en el neumático o tener el vehículo remolcado por una grúa a expensas del propietario.

\_\_\_\_\_ Afirmo que NO tengo vehículo. Sin embargo, acepto tener un permiso asignado y entiendo que si uso el permiso, debo registrar un vehículo en la oficina de Estacionamiento del Hospital de UNM llamando al 505-272-4074.

\_\_\_\_\_ Autorizo una deducción automática de mi cheque (en cada periodo de pago) si me asignan un estacionamiento con tarifa.

Los permisos para el estacionamiento Lands West NO tienen deducción. Yo soy responsable de revisar mis cheques para asegurarme de que la deducción sea correcta y no se hayan hecho reembolsos de deducciones.

\_\_\_\_\_ Acepto que soy responsable de pagar todas la multas emitidas a los vehículos registrados a mi nombre y a cualquier vehículo que tenga mi permiso de estacionamiento.

- Si pierde o rompe un permiso de estacionamiento, se cobrará una tarifa de \$20 por reemplazarlo. Si necesita volver a reemplazar el permiso otra vez, se añadirán \$20 más cada vez. No está permitido usar los estacionamientos del Hospital de UNM mientras asiste a clases en UNM. Dependiendo del estacionamiento que le hayan asignado, deberá pagar una tarifa, la cual se dividirá en pagos a lo largo del año y se deducirá automáticamente en cada periodo de pago. Entre en UNMH Parking and Transportation en intranet para saber si su estacionamiento tiene una tarifa asignada. Revise el formulario HR268 para obtener más información acerca de los estacionamientos.

- EL HOSPITAL DE UNM NO SE HACE RESPONSABLE DE DAÑOS O PÉRDIDAS CAUSADAS POR ACCIDENTES, ROBOS, INCENDIOS, VANDALISMO O FENÓMENOS NATURALES.

**He leído y he entendido la información arriba mencionada.**

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL EMPLEADO

\_\_\_\_\_  
N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO  
(Sólo para uso de oficina)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA PERSONA A CONTACTAR EN  
CASO DE EMERGENCIA

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN (contacto de emergencia)

\_\_\_\_\_  
N.º DE TELÉFONO (contacto de emergencia)

\_\_\_\_\_  
CIUDAD (contacto de emergencia)

\_\_\_\_\_  
ESTADO  
(contacto de emergencia)

\_\_\_\_\_  
CÓDIGO POSTAL

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL EMPLEADO

\_\_\_\_\_  
FECHA



Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Número de ID del empleado: \_\_\_\_\_

(Sólo para uso de oficina)

## Encuesta para nuevos empleados

Responda las siguientes preguntas para que podamos recoger información precisa y cumplir los requisitos del gobierno. Este cuestionario se mantendrá confidencial y se destruirá después de haber ingresado los datos.

### **IDENTIDAD ÉTNICA O RACIAL (Marque solo una)**

- ☐ **HISPANO O LATINO:** una persona de origen mexicano, puertorriqueño, cubano, centroamericano o sudamericano, o de otro origen o cultura españoles, independientemente de la raza.
- ☐ **BLANCO** (ni hispano ni latino): una persona que tiene su origen en los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o África del Norte.
- ☐ **INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA** (ni hispano ni latino): una persona que tiene su origen en los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluyendo América Central) y que mantiene una afiliación a una tribu o a una comunidad.
- ☐ **ASIÁTICO** (ni hispano ni latino): una persona que tiene su origen en alguno de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático, el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- ☐ **NATIVO DE HAWÁI o de OTRA ISLA DEL PACÍFICO** (ni hispano ni latino): una persona que tiene su origen en los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa o de otras islas del Pacífico.
- ☐ **NEGRO O AFROAMERICANO** (ni hispano ni latino): una persona que tiene su origen en los grupos raciales negros de África.
- ☐ **DOS O MÁS RAZAS** (ni hispano ni latino): todas las personas que se identifican con más de una de las cinco razas que se mencionan arriba.

### **IDENTIFICACIÓN VOLUNTARIA COMO VETERANO CON FINES DE ACCIÓN AFIRMATIVA**

UNM Hospitals es un contratista del gobierno sujeto a la sección 503 de la Ley de rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973 y sus modificaciones, la Ley de asistencia para la readaptación de los veteranos de la era de Vietnam (Vietnam Era Veterans' Readjustment Assistance Act) de 1974 y sus modificaciones, y la Ley de oportunidades de empleo para veteranos (Veterans Employment Opportunities Act) de 1998, que exigen que los contratistas del gobierno adopten la acción afirmativa de emplear y fomentar el progreso profesional de individuos calificados con discapacidades, veteranos protegidos, veteranos discapacitados y veteranos de la era de Vietnam contemplados en la ley. Si usted tiene una discapacidad o es un veterano protegido, un veterano discapacitado o un veterano de la era de Vietnam contemplado en la ley, díganoslo. Esta información nos ayudará a asignarlo a un puesto apropiado o a hacer adaptaciones para su discapacidad.

Marque la casilla correspondiente de abajo (las definiciones están en la página siguiente):

- ☐ **Veterano**
- ☐ **Veterano discapacitado**
- ☐ **Veterano discapacitado calificado**
- ☐ **Veterano recientemente dado de baja**
- ☐ **Veterano de la era de Vietnam**
- ☐ **Otro tipo de veterano protegido**
- ☐ **Veterano con medalla de servicio en las Fuerzas Armadas**
- ☐ **No soy un veterano**

### **SEXO**

☐ **MASCULINO**

☐ **FEMENINO**

## **DEFINICIONES DE VETERANOS DISCAPACITADOS, VETERANOS RECIENTEMENTE DADOS DE BAJA, VETERANOS DE LA ERA DE VIETNAM Y OTROS TIPOS DE VETERANOS PROTEGIDOS**

### **“Veterano” se define como:**

- Una persona que sirvió activamente en el Ejército, la Armada o la Fuerza Aérea de los Estados Unidos y que ha obtenido la baja por motivos que no sean la baja deshonrosa.

### **“Veterano discapacitado” se define como:**

- Un veterano que estuvo en servicio en el Ejército de los Estados Unidos, en tierra, mar o aire, que tiene derecho a una compensación (o que, si no fuera por el pago de la jubilación militar, tendría derecho a una compensación) según las leyes que administra la Secretaría de Asuntos de los Veteranos (Secretary of Veterans Affairs), o una persona que ha obtenido la baja del servicio activo por una discapacidad relacionada con el servicio.

### **“Veterano discapacitado calificado” se define como:**

- Un veterano discapacitado que puede desempeñar las funciones esenciales del puesto de trabajo con o sin adaptaciones razonables.

### **“Veterano recientemente dado de baja” se define como:**

- Cualquier veterano que esté en el período de tres años desde la fecha de baja del servicio activo del Ejército de los Estados Unidos, haya servido en tierra, mar o aire.

### **“Veterano de la era de Vietnam” se define como:**

- Una persona que (a) prestó servicio activo durante un período de más de 180 días y obtuvo la baja por motivos que no fueran la baja deshonrosa, siempre que cualquier parte de dicho servicio activo se haya prestado (I) en la República de Vietnam entre el 28 de febrero de 1961 y el 7 de mayo de 1975 o (II) entre el 5 de agosto de 1964 y el 7 de mayo de 1975 en todos los casos restantes; o (b) obtuvo la baja del servicio activo por una discapacidad relacionada con el servicio, siempre que cualquier parte de dicho servicio activo se haya prestado (I) en la República de Vietnam entre el 28 de febrero de 1961 y el 7 de mayo de 1975 o (II) entre el 5 de agosto de 1964 y el 7 de mayo de 1975 en todos los casos restantes.

### **“Otro tipo de veterano protegido” se define como:**

- Un veterano que estuvo en servicio activo en el Ejército de los Estados Unidos, en tierra, mar o aire, durante una guerra, o durante una campaña o una expedición para las que se haya autorizado una medalla de campaña según las leyes que administra el Departamento de Defensa.

### **“Veterano con medalla de servicio en las Fuerzas Armadas” se define como:**

- Cualquier veterano que, durante el servicio activo en el Ejército de los Estados Unidos, en tierra, mar o aire, haya participado en una operación militar de Estados Unidos por la que le otorgaron una medalla de servicio en las Fuerzas Armadas siguiendo el Decreto 12985 (61 FR 1209).

**Declaración voluntaria de discapacidad****¿Por qué se le pide que rellene este formulario?**

Somos un contratista o subcontratista federal. La ley nos obliga a ofrecer igualdad de oportunidades de empleo a las personas con discapacidad cualificadas. Nuestro objetivo es que al menos el 7% de nuestros trabajadores sean personas con discapacidad. La ley dice que debemos medir nuestro progreso hacia este objetivo. Para ello, debemos preguntar a los solicitantes y a los empleados si tienen o han tenido alguna discapacidad. Las personas pueden convertirse en discapacitadas, por lo que debemos hacer esta pregunta al menos cada cinco años.

Rellenar este formulario es voluntario y esperamos que decida hacerlo. Su respuesta es confidencial. Nadie que tome decisiones de contratación la verá. Su decisión de rellenar el formulario y su respuesta no le perjudicarán en modo alguno. Si desea obtener más información sobre la ley o este formulario, visite el sitio web de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP) del Departamento de Trabajo de EE.UU. en [www.dol.gov/ofccp](http://www.dol.gov/ofccp).

**¿Cómo saber si tiene una discapacidad?**

Una discapacidad es una condición que limita sustancialmente una o más de sus "actividades vitales principales". Si tiene o ha tenido alguna vez una afección de este tipo, usted es una persona con discapacidad. **Las discapacidades incluyen, pero no se limitan a:**

- Trastorno por consumo de alcohol u otras sustancias (sin consumir drogas ilegalmente en la actualidad)
- Trastorno autoinmune, por ejemplo, lupus, fibromialgia, artritis reumatoide, VIH/sida
- Ceguera o problemas de visión
- Cáncer (pasado o presente)
- Enfermedad cardiovascular o del corazón
- Enfermedad celíaca
- Parálisis cerebral
- Sordera o dificultades auditivas graves
- Diabetes
- Desfiguración, por ejemplo, desfiguración causada por quemaduras, heridas, accidentes o trastornos congénitos
- Epilepsia u otro trastorno convulsivo
- Trastornos gastrointestinales, por ejemplo, enfermedad de Crohn, síndrome del intestino irritable
- Discapacidad intelectual o del desarrollo
- Enfermedades mentales, por ejemplo, depresión, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad, esquizofrenia o trastorno de estrés postraumático
- Ausencia total o parcial de miembros
- Problemas de movilidad que requieran el uso de una silla de ruedas, un escúter, un andador, una pierna ortopédica u otros dispositivos de apoyo
- Afección del sistema nervioso, por ejemplo, migrañas, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple (EM)
- Neurodivergencia, por ejemplo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno del espectro autista, dislexia, dispraxia u otras dificultades de aprendizaje
- Parálisis parcial o total (por cualquier causa)
- Afecciones pulmonares o respiratorias, por ejemplo, tuberculosis, asma, enfisema
- Baja estatura (enanismo)
- Lesión cerebral traumática

**Marque una de las casillas siguientes:**

- ☐ Sí, tengo una discapacidad o la he tenido en el pasado
- ☐ No, no tengo ninguna discapacidad ni la he tenido en el pasado
- ☐ No quiero contestar

**DECLARACIÓN PÚBLICA DE CARGA:** De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control OMB válido. Esta encuesta debería completarse en unos 5 minutos.

---

Firma

---

Fecha de hoy

---

Nombre en letra de imprenta