


AAA-822-A  Autoridad de Acueductos y Alcantarillados ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO	Estado Libre Asociado de Puerto Rico AUTORIDAD DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS PO BOX 7066 SAN JUAN, PUERTO RICO 00916-7066 SOLICITUD PREFERENCIA PARA PERSONAS CON IMPEDIMENTOS CUALIFICADA (Ley Núm. 81 del 27 de julio de 1996) Patrono con Igualdad de Oportunidades en el Empleo	ESTE ESPACIO PARA USO DE LA AAA Beneficio: _____ _____ 5 puntos _____ 5% Fecha: _____
---	--	--

Usted no está obligado a informar que es una persona con impedimentos, pero tiene derecho a hacerlo a los efectos que se le considere para recibir los beneficios de la Ley Núm. 81 del 27 de julio de 1996, Ley de Igualdad de Oportunidades de Empleo para Personas con Impedimentos.

Esta Agencia le sumará cinco (5) puntos o el cinco (5%) por ciento, lo que sea mayor, a la puntuación obtenida en el examen de ingreso o ascenso suministrado para el puesto, siempre y cuando el examen se apruebe.

Los beneficios de esta Ley no aplicarán si la persona con impedimentos que solicita esta preferencia a su vez es elegible para recibir los beneficios conferidos en la Ley Núm. 13 del 2 de octubre de 1980, Carta de Derechos del Veterano Puertorriqueño.

¿Quiénes cualifican?

Toda persona con impedimento cualificada que tenga un récord o historial de dicho impedimento.

El término persona con impedimento cualificada para efectos de la Ley Núm. 81 de 1996, significa:

La persona cuyo impedimento físico o emocional afecta sustancialmente una o más de las actividades principales de su vida, y que, con acomodo razonable o sin éste, está capacitada para desempeñar las labores esenciales del puesto que ocupa o solicita. Además, debe reunir los demás requisitos de empleo, tales como experiencia, preparación académica y haber aprobado el examen de empleo, cuando lo hubiese, sin la ayuda de los cinco (5) puntos o el cinco por ciento (5%) a que tendrá derecho con posterioridad a haberlo aprobado.

Documento que deberá someter con la solicitud: Certificado médico o cualquier otra evidencia que acredite la condición. *(Se garantizará la confidencialidad de la evidencia médica presentada).*

Título de la Clase de Puesto Solicitada:	
Apellido Paterno, Materno y Nombre	Seguro Social
Dirección y Teléfono	
Impedimento:	
<hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Fecha de la Solicitud Firma del Solicitante </div>	
NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO ES PARA USO DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS	
¿Cualifica para los beneficios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ 5 puntos _____ 5%	
Nombre del Evaluador: _____ Clasificación: _____	
Firma del Evaluador: _____ Fecha: _____	