

**Reach Dane no discrimina en el trabajo en función de edad, expediente de arrestos, estado civil, registro de convicción, raza, color, religión, sexo, discapacidades, creencias políticas, origen nacional, estado de descarga militar, apariencia física, orientación sexual, fuentes de ingresos, o el hecho de que es estudiante en la posición de administración o cualquiera de sus programas. Toda la información ofrecida en este formulario será considerada confidencial por las personas que están en el proceso del contrato.**

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

La próxima información es requerida para cumplir con los requisitos del gobierno federal de la nómina y beneficios adicionales para responder el procedimiento de la investigación.

Fecha De Nacimiento: (Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_ Hombre

Grupos étnicos:

- Africano Americano – (no descendiente hispano) todas las personas teniendo origen de cualquier grupo racial de África

Por favor de indicar su grupo étnico, racial: \_\_\_\_\_

- Asia o Isleño del pacífico- Todas las personas teniendo origen de Oriente Lejano, Sur Este Asiático, el Subcontinente Indio, o las Islas Pacíficas. Estas áreas incluye, por ejemplo, China, Japón, Corea, las Islas Pilipinas, y Samoa.

Por favor de indicar su grupo étnico, racial:

- Indio Americano o Nativo De Alaska- Todas las personas teniendo origen de la gente descendientes del Norte América y quienes mantienen una identificación cultural a través de Asociación Tribal o reconocimiento comunitario.

Por favor de indicar su grupo étnico, racial:

- Hispano(a)- Todas las personas teniendo descendientes o de origen Mexicano, Puerto Riqueño, Cubano, Sur Americano, o de cultura Española, sin importar su raza.

Por favor de indicar su grupo étnico, racial:

- Caucásico- (No de Origen Hispano) Todas las personas teniendo origen de la gente original de Europa, Norte América o del Oriente Medio.

Por favor de indicar su grupo étnico, racial:

- Discapacitado- por propósito de esta aplicación, la personas discapacitados(as) solamente deben ser incluidas si son certificadas por un Terapeuta Ocupacional a través del Estado de Wisconsin, y la División de Rehabilitación Vocacional.
- Veteranos- Personas sirviendo en cualquier rama sucursal de las fuerzas militares de los Estados Unidos.
- Años de Servicio Activo: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

---

**TODOS LOS APLICANTES DEBEN HACER ESTA VERIFICACIÓN:**

Yo certifico que todas las respuestas a las preguntas dadas en esta aplicación son verdaderas, y entiendo que cualquiera declaración falsa puede causar la perdida de trabajo o consideración para ser empleado.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: (Mes/ Día/ Año) \_\_\_\_\_