

SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES BACKGROUND CHECK REQUEST

Este formulario es necesario para solicitar la verificación de antecedentes, conforme a las disposiciones del Wis. Stat. § 48.686 y Wis. Admin. Code § DCF 13.03 para el otorgamiento de licencia, certificación, empleo o residencia en un centro de cuidado infantil. Si no se completa este formulario puede demorarse el procesamiento de su solicitud, la incorporación de un miembro de la familia o la determinación del acceso al empleo.

La presentación de su número de seguro social es voluntaria. Sin embargo, si no lo presenta se podría retrasar el proceso de verificación de antecedentes. La información personal presentada por usted puede ser utilizada para otros fines [Privacy Law, Wis. Stat. §15.04(1)(m)].

ESCRIBA SUS RESPUESTAS A MANO O A MÁQUINA. ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

SECCIÓN A – DETALLES DE LA PERSONA *Los campos con un asterisco son obligatorios.

*Nombre		Segundo nombre		*Apellido	
Apodo (incluido el nombre y apellido de soltero/a)				Dirección de correo electrónico	
*Número de teléfono principal		*Tipo de teléfono principal <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Del trabajo		Número de teléfono secundario	
				Tipo de teléfono secundario <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Del trabajo	
Social Security Number		*Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		*Fecha de nacimiento (mes/día/año)	
Raza					
<input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Hispano o Latino		<input type="checkbox"/> Desconocida	
<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o habitante de otras islas del Pacífico		<input type="checkbox"/> Blanco	
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Otro – Más de una categoría			
*Idioma					
<input type="checkbox"/> Albanés		<input type="checkbox"/> Chino		<input type="checkbox"/> Griego	
<input type="checkbox"/> Árabe		<input type="checkbox"/> Inglés		<input type="checkbox"/> Noruego	
<input type="checkbox"/> Bosnio / Croata / Serbio		<input type="checkbox"/> Persa		<input type="checkbox"/> Otro –	
<input type="checkbox"/> Birmano		<input type="checkbox"/> Francés		<input type="checkbox"/> Polaco	
<input type="checkbox"/> Camboyano		<input type="checkbox"/> Alemán		<input type="checkbox"/> Ruso	
		<input type="checkbox"/> Laosiano		<input type="checkbox"/> Somalí	
				<input type="checkbox"/> Español	
				<input type="checkbox"/> Sueco	
				<input type="checkbox"/> Tailandés	
				<input type="checkbox"/> Ucraniano	
				<input type="checkbox"/> Vietnamita	
*Marque el cargo que mejor lo describa:					
<input type="checkbox"/> Personal administrativo		<input type="checkbox"/> Personal de las instalaciones		<input type="checkbox"/> Empleado secundario (menor de 18 años)	
<input type="checkbox"/> Administrador		<input type="checkbox"/> Miembro de la familia (mayor de 18 años)		<input type="checkbox"/> Profesor	
<input type="checkbox"/> Solicitante / Licenciario		<input type="checkbox"/> Miembro de la familia (menor de 18 años)		<input type="checkbox"/> Otro cuidador	
<input type="checkbox"/> Director		<input type="checkbox"/> Recursos Humanos		<input type="checkbox"/> Otro empleo que no brinda cuidados	
<input type="checkbox"/> Asistente del director		<input type="checkbox"/> Personal de cocina		<input type="checkbox"/> Proveedor	
				<input type="checkbox"/> Supervisor del sitio	
				<input type="checkbox"/> Estudiante becario	
				<input type="checkbox"/> Profesor ayudante	
				<input type="checkbox"/> Profesor principal	
				<input type="checkbox"/> Profesor suplente	
				<input type="checkbox"/> Instructor	
				<input type="checkbox"/> Voluntario	

*Domicilio físico

Domicilio	Ciudad	Condado / Tribu	Estado	Código postal
-----------	--------	-----------------	--------	---------------

*Domicilio postal Marque aquí si es igual al domicilio físico. **NOTA:** Se enviará información confidencial a este domicilio.

Domicilio	Ciudad	Condado / Tribu	Estado	Código postal
-----------	--------	-----------------	--------	---------------

Escriba el nombre y la dirección de la agencia o del programa para recibir la información sobre elegibilidad para la verificación de antecedentes, por ejemplo, del centro de cuidado infantil, del empleador potencial, de la agencia de certificación u otorgamiento de licencias, de la institución de enseñanza superior, etc. (esto es opcional).

Continúa en la página siguiente.

SECCIÓN B – ANTECEDENTES	SÍ	NO
<p>1. ¿Usted ha sido dado de baja de su cargo en alguna rama de las U.S. Armed Forces, incluidos los deberes de reserva en los últimos tres años?</p> <p>➤ Si la respuesta es sí, indique el año de baja en el espacio a continuación y adjunte una fotocopia de su your DD 214 – Certificate of Release or Discharge from Active Duty o de otra documentación de la baja.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2. ¿Usted vive actualmente o ha vivido durante los últimos cinco años fuera de Wisconsin?</p> <p>➤ Si la respuesta es sí, enumere cada estado e incluya los condados y las fechas en las cuales vivió allí. Si vivió fuera de los US, enumere la ciudad, el país y las fechas. Adjunte una hoja por separado si es necesario.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3. ¿Alguna vez solicitó una revisión de rehabilitación ante el Wisconsin Department of Health Services o el Department Children and Families, un departamento del condado, una agencia de adopción privada, el consejo escolar o una tribu?</p> <p>➤ Si la respuesta es sí, complete toda la información siguiente y adjunte una fotocopia de la decisión de la revisión. Adjunte páginas adicionales si es necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de la revisión de rehabilitación • Resultado de la revisión • Agencia que llevó a cabo la revisión 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. ¿Usted tiene cargos penales pendientes, o ha sido condenado por algún delito? Incluya todo tipo de delitos en los tribunales federales, estatales, del condado, locales, militares y tribales.</p> <p>➤ Si la respuesta es sí, complete toda la información siguiente para cada condena o cargo pendiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de la condena o el cargo imputado • Fecha en la cual ocurrió el incidente (mes y año) • Lugar donde ocurrió el incidente (ciudad y estado) • Fecha de la detención o condena, si aplica • Ubicación del tribunal (ciudad y estado) • Tipo de jurisdicción (federal, estatal, del condado, local, militar o tribal) <p>Nota: Es posible que se le solicite que presente información adicional, incluida una fotocopia certificada de la sentencia condenatoria, una fotocopia de la demanda penal o de cualquier otro tipo de documento legal o policial</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5. ¿Alguna vez usted fue declarado culpable de un delito por un tribunal de justicia o tribal a la edad de 10 a 17 años? Incluya todo tipo de delitos en los tribunales federales, estatales, del condado, locales, militares y tribales.</p> <p>➤ Si la respuesta es sí, complete toda la información siguiente para cada ofensa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción del delito u ofensa • Fecha en la cual ocurrió el incidente (mes y año) • Lugar donde ocurrió el incidente (ciudad y estado) • Ubicación del tribunal (ciudad y estado) <p>Nota: Es posible que se le solicite que presente información adicional, incluida una fotocopia certificada de la demanda, de la declaración de culpabilidad o cualquier otro tipo de documento legal o policial relevante.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6. ¿Está usted actualmente o ha estado alguna vez en los registros nacionales, estatales o tribales de delincuencia sexual?</p> <p>➤ Si la respuesta es sí, complete toda la información siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ubicación del registro • Motivo del registro • Periodo de tiempo en el que debió ser registrado 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continúa en la página siguiente.

SECCIÓN B – ANTECEDENTES (continuación)	SÍ	NO
<p>7. ¿Usted es actualmente sujeto de una investigación o alguna vez se ha descubierto evidencia de abuso, negligencia o apropiación indebida (robo) de la propiedad de un niño, de un adulto o de un adulto mayor?</p> <p>➤ Si la respuesta es sí, complete toda la información siguiente para cada incidente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicación del incidente • Fecha en la cual ocurrió el incidente (mes y año) • Lugar donde ocurrió el incidente (ciudad y estado) • Nombre de la agencia que está llevando a cabo la investigación o que ha hecho el hallazgo 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>8. ¿Usted tiene una credencial o licencia entregada por el gobierno que no está vigente o que está limitada y lo restringe de brindar cuidado a sus clientes? Los ejemplos de las licencias o credenciales incluyen la licencia o certificación para cuidado tutelar, enfermería, enseñanza, vivienda y cuidado infantil.</p> <p>➤ Si la respuesta es sí, complete toda la información siguiente para cada limitación o restricción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de la credencial • Explicación de la situación • Limitaciones o restricciones de la credencial • Plazo de las limitaciones o restricciones 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: Si ha respondido "NO" a todas las preguntas de la sección B, esto no garantiza que pueda obtener el empleo, la residencia o la aprobación regulatoria.

SECCIÓN C – INFORMACIÓN DE LA FIRMA

1. Firme aquí si usted está completando este formulario en nombre de otra persona

Comprendo que, al firmar este documento, con información sobre otra persona, certifico que he realizado una investigación completa y diligente en relación con la veracidad y la completitud de esta declaración, y doy fe de que esta información es correcta. Entiendo que, al proporcionar información falsa u omitir información, puedo estar sujeto a pérdida de derechos o a otras sanciones conforme a la ley.

Nombre completo en imprenta

Firma

Fecha de la firma

2. Firme aquí si usted está completando este formulario por sí mismo

Entiendo que, al firmar este documento, doy fe bajo juramento de que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa u omitir información puede resultar en la pérdida de mi licencia o de mi certificado para operar, residir o ser empleado en un centro de cuidado infantil, y que puedo ser sujeto a la pérdida de derechos y a otras sanciones conforme a la ley.

Nombre completo en imprenta

Firma

Fecha de la firma