



FORMULARIO DE ANTECEDENTES PENALES

Lea las instrucciones adjuntas antes de llenar este formulario.

SECCIÓN 1. SERÁ COMPLETADA POR LA OFICINA LOCAL DEL Departamento de Aprendizaje Temprano (DEL)

DEL Local Office Address	DEL ID #	BCCU ID #
--------------------------	----------	-----------

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN NECESARIA COMPLETADA POR EL PROVEEDOR

1A. NÚMERO DE LICENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS (REQUERIDO SI YA LA TIENE) (Aparece en la parte superior izquierda de la licencia)	1B. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR (REQUERIDO)
--	--

SECCIÓN 3. INFORMACIÓN DEL APLICANTE (COMPLETADA POR LA PERSONA QUE SE NECESITA VERIFICAR)

2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	3. FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) (REQUERIDO)	4. NÚMERO DE TELÉFONO ACTUAL (REQUERIDO)
----------------------------	--	--

ESCRIBA SU NOMBRE COMPLETO LETRA IMPRENTA (REQUERIDO)

5A. APELLIDO ACTUAL (ESCRIBA "NINGUNO" SI NO CORRESPONDE)	5B. PRIMER NOMBRE ACTUAL (ESCRIBA "NINGUNO" SI NO CORRESPONDE)	5C. SEGUNDO NOMBRE ACTUAL (ESCRIBA "NINGUNO" SI NO CORRESPONDE)
6A. APELLIDO DE NACIMIENTO: (ESCRIBA "IGUAL" SI ES IGUAL AL ACTUAL)	6B. PRIMER NOMBRE DE NACIMIENTO (ESCRIBA "IGUAL" SI ES IGUAL AL ACTUAL)	6C. SEGUNDO NOMBRE DE NACIMIENTO (ESCRIBA "IGUAL" SI ES IGUAL AL ACTUAL)

7A. ESCRIBA OTROS APELLIDOS QUE HA USADO (ESCRIBA "NINGUNO" SI NO CORRESPONDE):

7B. ESCRIBA OTROS APODOS Y NOMBRES QUE HAYA USTED USADO (ESCRIBA NINGUNO SI NO CORRESPONDE) :

8. ESCRIBA EL NÚMERO DE SU LICENCIA DE CONDUCIR O DE IDENTIFICACIÓN ESTATAL ACTUAL (REQUERIDO)

8A. Número	8B. Nombre del estado
------------	-----------------------

9. DIRECCIONES DURANTE LOS ÚLTIMOS SIETE AÑOS (REQUERIDO)

9A. DIRECCIÓN ACTUAL (REQUERIDO):				
NÚMERO Y CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
9B. PREVIA DIRECCIÓN (REQUERIDO):				
NÚMERO Y CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
9C. PREVIA DIRECCIÓN (REQUERIDO):				
NÚMERO Y CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
9D. PREVIA DIRECCIÓN (REQUERIDO):				
NÚMERO Y CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	CONDADO
9E. PREVIA DIRECCIÓN (REQUERIDO):				
NÚMERO Y CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
9F. PREVIA DIRECCIÓN (REQUERIDO):				
NÚMERO Y CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO

10. Indique el número de años y meses consecutivos que ha vivido en el estado de Washington (REQUERIDO):

_____ Años _____ Meses

11. HUELLAS DIGITALES - ¿Ha completado una verificación de huellas digitales de DEL dentro de los últimos tres años? (REQUERIDO) Sí No

12A. ¿Ha sido usted sentenciado por algún delito? En caso afirmativo, complete los siguientes espacios. Agregue una página si necesita más espacio. Sí No

Felonías y delitos menores: _____ Fecha de convicción: _____
Grado: _____ Estado: _____

12B. ¿Tiene cargos (pendientes) en su contra por algún delito?

En caso afirmativo, complete los siguientes espacios. Agregue una página si necesita más espacio..... Sí No

Felonías y delitos menores: _____ Grado: _____ Estado: _____

13. ¿Alguna vez usted ha recibido un aviso de un tribunal o agencia estatal declarando que usted ha abusado sexualmente y/o físicamente, trató de manera negligente, abandonó, o explotó a un niño, un menor, o un adulto?..... Sí No

14. ¿Alguna vez un tribunal o agencia estatal le negó un contrato o licencia; terminó, revocó o suspendió su contrato o licencia; o alguna vez usted rescindió su contrato o devolvió su licencia debido a que un tribunal inició acciones en su contra?..... Sí No

15. ¿Alguna vez un tribunal emitió una orden de protección u orden de restricción por más de 30 días en su contra debido a abuso, negligencia, explotación financiera, violencia doméstica, o abandono de un adulto, un menor o un niño vulnerable? Sí No

16. Yo soy la persona nombrada anteriormente. Si no digo toda la verdad en este formulario, entiendo que puedo recibir cargos por perjurio y no se me permitiría trabajar con niños vulnerables. Mi firma en la casilla número 17 significa que:

- Autorizo a que DEL verifique mis antecedentes con cualquier entidad gubernativa y agencia de ejecución de la ley.
- Si se identifican resultados válidos de CPS, autorizo a DEL a ofrecer únicamente mi nombre y el hecho de que existen resultados válidos, a todas las personas o entidades escritas en la Sección 2.
- Autorizo a DEL a brindar toda la demás información de mis antecedentes a las personas o entidades mencionadas en la Sección 2.

Este permiso es válido por 90 días a partir de la fecha de la firma. Puedo cambiar de opinión por escrito acerca de este permiso en cualquier momento.

17. SU FIRMA (REQUERIDO)

18. FIRMA DE SU PADRE O TUTOR SI USTED ES MENOR DE 18 AÑOS.

19. FECHA DEL DÍA DE HOY (MM/DD/AAAA) (REQUERIDO):

SECCIÓN 4. PARA USO DEL PERSONAL DEL UNICAMENTE (FOR USE BY DEL STAFF ONLY)

CAMIS files checked by _____ on date _____ No information found Information available

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE ANTECEDENTES

Usted DEBE llenar TODAS las casillas en este formulario según se indica. LEA las instrucciones para cada Sección y cada casilla. **Usted DEBE** llenar una respuesta en la casilla. Puede escribir NO, NO APLICA (N/A), o NINGUNO. **NO** responda a ninguna pregunta con NO SE o un SIGNO DE INTERROGACIÓN en la casilla. Si responde así, se le regresará el formulario.

Lea cada pregunta cuidadosamente.

Usted DEBE escribir una respuesta en cada casilla y regresar este formulario a : *(Oficina local de DEL)*

Si se requieren las huellas digitales, este formulario debe ser entregado con un paquete completo de huellas digitales.

La mayoría de los formularios de autorización de antecedentes son regresados al solicitante por las siguientes razones:

- *Formulario equivocado
- *Casillas en blanco
- *Letra ilegible
- *Una persona menor de 18 años firma el formulario sin la firma de un padre o tutor
- *La fecha de la firma tiene más de tres (3) meses desde la fecha en que DEL recibió el formulario

SECCIÓN 2: Esta sección debe ser completada por el proveedor con licencia que está pidiendo este formulario.

1A. **USTED (el proveedor) DEBE** escribir el número de control de la licencia en esta casilla. El número está anotado en la esquina izquierda de la parte de arriba de la licencia. Si usted está aplicando para ser proveedor de cuidado de niños con licencia y todavía no tiene número de control, continúe a la casilla 1B.

1B. **USTED (el proveedor) DEBE** llenar esta casilla. Escriba su nombre y dirección tal como está o será escrita en la licencia.

SECCIÓN 3: Usted DEBE llenar esta sección si es la persona sobre la cual estamos averiguando.

2. **Usted PUEDE** escribir su número de seguro social (SSN) en esta casilla. El SSN no es requerido para llevar a cabo una investigación de antecedentes.

3. **Usted DEBE** completar su fecha de nacimiento.

4. **Usted DEBE** escribir su número de teléfono. Usted **DEBE** escribir **NINGUNO** si no tiene un número de teléfono.

5 A-C **Usted DEBE** escribir su nombre completo. Si no tiene un nombre para escribir en esta casilla, usted **DEBE** escribir **NINGUNO**.

VER EL EJEMPLO A CONTINUACIÓN.

EJEMPLO:

APELLIDO ACTUAL
NINGUNO

PRIMER NOMBRE ACTUAL
"Príncipe"

SEGUNDO NOMBRE ACTUAL
NINGUNO

6. **Usted DEBE** escribir su nombre de nacimiento completo.

Usted DEBE escribir **IGUAL** si alguno de sus nombres es igual a los nombres que escribió en la casilla 5A.

7A. **Usted DEBE** escribir los apellidos que ha usado o por los cuales ha sido conocido. **Usted DEBE** escribir **NINGUNO** en caso de que NO haya usado o no se le haya conocido por otros apellidos.

7B. **Usted DEBE** escribir cualquier apodo que haya usado. **Usted DEBE** escribir **NINGUNO** en caso de que NO haya usado o no se le haya conocido por otros apodos.

8A. **Usted DEBE** escribir el número de la licencia de conducir o de identificación estatal en la casilla.

8B. **Usted DEBE** escribir el nombre del estado en la casilla.

Usted DEBE escribir **NINGUNO** si no tiene un número de licencia de conducir o de identificación estatal.

9A. **Usted DEBE** escribir la dirección donde vive actualmente.

9B-F. **Usted DEBE** escribir las direcciones donde vivía previamente durante los últimos 7 años.

10. **Usted DEBE** escribir el número de años y meses que ha vivido en el estado de Washington sin vivir en otro estado o país. Si se mudó fuera del estado de Washington a otro estado o país, **usted DEBE** comenzar a contar los años y meses desde la fecha en que regresó al estado de Washington. **Nota: Usted DEBE** pedir las tarjetas de huellas digitales si es requerido que las obtenga.

11. **Usted DEBE** indicar si ha completado previamente las huellas digitales para DEL o DCCEL durante los últimos tres años.

12. **Usted DEBE** contestar con **SÍ** o **NO**. Si su respuesta es **SÍ** a la pregunta A. o B., **usted DEBE** completar la información sobre su convicción o cargo pendiente.

13. **Usted DEBE** contestar con **Sí** o **No**.
14. **Usted DEBE** contestar con **Sí** o **No**.
15. **Usted DEBE** contestar con **Sí** o **No**. Escriba **SÍ**, si la orden de protección se extendió por más de 30 días y fue para la protección de un adulto, un menor o un niño vulnerable.
16. **Usted DEBE** leer la declaración en esta casilla. Su firma en la casilla 20 significa que usted ha leído y está de acuerdo con las declaraciones en el número 19. Este formulario de autorización de antecedentes NO reemplaza la solicitud de divulgación pública de registros acerca de resultados válidos. Un resultado válido significa que una agencia estatal ha iniciado acciones legales contra alguien después de una investigación y usted se le notificó de una decisión sobre abuso, abuso sexual, negligencia, abandono o explotación o explotación financiera de un adulto, un menor o un niño vulnerable.
17. **Usted DEBE** firmar con su nombre aquí.
18. Si usted NO tiene 18 años de edad, su padre o tutor DEBE firmar aquí.
19. **Usted DEBE** escribir la fecha en que firmó este formulario.