|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DCYF Logo Single Color Black_Logo Black and White | **Solicitud de investigación de antecedentes transferible**  **Portable Background Check Application** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Las preguntas sobre las solicitudes de investigación de antecedentes transferible (PBC, por sus siglas en inglés) deben dirigirse a la Unidad de Investigación de Antecedentes a la línea sin costo: 1-800-998-3898, opción 4, o al correo electrónico** [**dcyf.backgroundcheck@dcyf.wa.gov**](mailto:dcyf.backgroundcheck@dcyf.wa.gov). | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Necesita una PBC si solicita trabajo, está trabajando, es voluntario o es miembro del hogar de un programa del DCYF. **Use esta solicitud impresa solamente si no tiene acceso a internet.** Cada persona que solicite una PBC debe tener su propio identificador de STARS. Este formulario servirá para asignarle un identificador de STARS si aún no tiene uno.   * Escriba con claridad y en letra de molde, usando tinta azul o negra. * Después de rellenar el formulario, consulte la sección 6 para ver información acerca de cómo enviar su PBC. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECCIÓN 1: PROPÓSITO DE LA SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES TRANSFERIBLE PARA EDUCACIÓN TEMPRANA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Paso 1: Programa asociado**  Cuidado de niños con licencia  ECEAP – Programa de Educación y Asistencia  para la Primera Infancia  Trabajar o ser voluntario en un centro del ECEAP  Monitorear o prestar servicios en más de un centro del ECEAP  Head Start  Reserva de sustitutos  FFN | | | | | | | | **Paso 2: Función en el programa (*marque una*)**  Empleado o miembro del hogar  Voluntario | | | | | | | | |
| **SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido legal (si no tiene, escriba "NINGUNO") | | Nombre legal (si no tiene, escriba "NINGUNO") | | | | | | | | | | Segundo nombre legal (si no tiene, escriba "NINGUNO") | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)  \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | GÉNERO  FEMENINO  MASCULINO | | | | | | | Identificador de STARS (puede tener 9 o 10 dígitos)  Cada persona que solicite una PBC debe tener su propio identificador de STARS.  \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | | | | | | | |
| NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO  ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO (*opcional*)  ( \_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_ | | | | | | |
| Número de Seguro Social (Opcional)  \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ - \_\_\_ \_\_\_ - \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | | Nombre del **estado** en donde se emitió su licencia de conducir o identificación estatal vigente: | | | | | | | | Número de licencia de conducir o identificación estatal vigente (para el estado de Washington, debe tener 12 caracteres)  \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | | | | | | |
| **\*\*\*Recuerde que el nombre legal que escribió debe coincidir con el de una tarjeta de identificación emitida por el gobierno.**  Escriba todas las combinaciones de nombres que haya utilizado o con las que se le conozca, incluyendo su nombre de nacimiento, sus apodos y sus seudónimos. Si solamente se le ha conocido por su nombre legal, marque la casilla:  **No se me ha conocido por otros nombres o seudónimos.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APELLIDO(S) | | | | NOMBRE(S) O APODO(S) | | | | | | | | | | SEGUNDO(S) NOMBRE(S) | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
| **SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escriba su dirección actual y sus direcciones anteriores de los últimos 5 años consecutivos. Use direcciones físicas, no escriba apartados postales. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dirección física actual** (en donde vive ahora): | | | | | | | Departamento / Unidad | | | | Del: (MM /AAAA)  \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | | | | Al: (MM /AAAA)  \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | |
| Ciudad | | | | | Estado | | Código postal | | | | Condado | | | | País | |
| **Dirección anterior** (si corresponde, en donde vivió antes): | | | | | | | Departamento / Unidad | | | | Del: (MM /AAAA)  \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | | | | Al: (MM /AAAA)  \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | |
| Ciudad | | | | | Estado | | Código postal | | | | Condado | | | | País | |
| **Dirección anterior** (si corresponde, en donde vivió antes): | | | | | | | Departamento / Unidad | | | | Del: (MM /AAAA)  \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | | | | Al: (MM /AAAA)  \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | |
| Ciudad | | | | | Estado | | Código postal | | | | Condado | | | | País | |
| **Dirección postal actual** (si corresponde) | | | | | | | Ciudad | | | | Estado | | | | Código postal | |
| **SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. En los últimos cinco años, ¿se ha hecho una investigación con huellas dactilares para el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF)? | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO |
| 1. ¿Ha sido condenado por algún delito o se ha hecho otra disposición de acusaciones penales en su contra en cualquier jurisdicción local, estatal, federal, militar (por medios judiciales o no judiciales), tribal o extranjera? Para los efectos de esta pregunta, "delito" se refiere a un delito grave, a un delito menor grave o a un delito menor.   Si contestó que **SÍ**, rellene los espacios siguientes. Añada una página si la necesita. | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO |
| Delito | | | | | | Jurisdicción | | | | | | | | Fallo | | Fecha del fallo |
| Delito | | | | | | Jurisdicción | | | | | | | | Fallo | | Fecha del fallo |
| 1. ¿Hay cargos penales pendientes en su contra por cualquier delito, en cualquier jurisdicción local, estatal, federal, militar, tribal o extrajera? Para los efectos de esta pregunta, "delito" se refiere a un delito grave, a un delito menor grave o a un delito menor.   Si contestó que **SÍ**, rellene los espacios siguientes. Añada una página si la necesita. | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO |
| Delito | | | | | | Jurisdicción | | | | | | | | Grado | | Fecha de la acusación |
| Delito | | | | | | Jurisdicción | | | | | | | | Grado | | Fecha de la acusación |
| 1. ¿Alguna vez ha recibido un aviso o una orden de un tribunal o un organismo gubernamental en el que se establezca que usted ha cometido o pudo haber cometido maltrato físico, abuso sexual, abandono, desamparo o explotación en contra de un niño, menor o adulto vulnerable?   Si contestó que **SÍ**, proporcione la siguiente información. Añada una página si la necesita. | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO |
| 1. ¿Alguna vez un tribunal ha emitido una orden de restricción, una orden de protección, una orden de prohibición de contacto u otra orden similar en contra de usted por cometer maltrato físico, abuso sexual, abandono, desamparo, explotación, acoso o violencia doméstica en contra de un niño, menor o adulto (incluyendo, entre otros, a un adulto vulnerable)?   Si contestó que **SÍ**, proporcione la siguiente información. Añada una página si la necesita. | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO |
| 1. ¿Alguna vez un tribunal ha determinado que usted infringió una orden de restricción, orden de protección u orden de prohibición de contacto, u otra orden similar?   Si contestó que **SÍ**, proporcione la siguiente información. Añada una página si la necesita. | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO |
| 1. ¿Alguna vez ha sido descalificado, debido a una investigación de antecedentes, de tener acceso sin supervisión a niños, jóvenes o adultos vulnerables?   Si contestó que **SÍ**, proporcione la siguiente información. Añada una página si la necesita. | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO |
| 1. ¿Alguna vez un organismo gubernamental (incluidos, entre otros, consejos disciplinarios profesionales) le ha notificado que se emitió una determinación adversa en su contra o que se tomaron medidas adversas en su contra? | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO |
| * Respecto a una licencia o certificación profesional, comercial u ocupacional. Esto incluye, entre otras cosas, a la revocación, denegación y suspensión de una licencia, la aplicación de sanciones civiles o la aplicación de restricciones en el ejercicio de la profesión, lo que incluye la obligación de ejercer bajo la supervisión de otra persona. | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO |
| * Respecto a un contrato. Esto incluye, entre otras cosas, a la denegación, cancelación o suspensión de un contrato.   Si contestó que **SÍ**, proporcione la siguiente información. Añada una página si la necesita. | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO |
| 1. ¿Alguna vez ha renunciado voluntariamente a una licencia o certificación profesional, comercial u ocupacional, o a un contrato, en lugar de ser objeto de una acción adversa por parte de un tribunal u organismo gubernamental?   Si contestó que **SÍ**, proporcione la siguiente información. Añada una página si la necesita. | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO |
| **SECCIÓN 5: DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO** (es necesario que se firme para procesar la solicitud) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autorizo al Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF) para que capture esta información en la Herramienta Administrada de Información Educativa y de Registros (MERIT, por sus siglas en inglés), un sistema seguro que es poseído y operado por el DCYF, y entiendo que esta información se usará para crear un registro de MERIT y para asignar un identificador de STARS (si aún no tengo uno). Entiendo que para los efectos de mi registro profesional de MERIT y mi identificador de STARS, la información proporcionada al DCYF se convierte en un registro público y que parte de la información de los registros públicos está disponible para el público en general, previa solicitud.  Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo con las leyes del estado de Washington, que toda la información provista en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que si se determina que la información que he provisto no es verdadera y correcta puedo ser acusado de perjurio, puedo ser descalificado de tener acceso sin supervisión a los menores bajo mi cuidado y, si tengo licencia de cuidado de niños, el DCYF puede revocar mi licencia o tomar otras medidas en mi contra.  Además, mi firma a continuación indica que:   * Concedo al DCYF y al DSHS mi permiso para que investiguen mis antecedentes con cualquier entidad gubernamental, incluidas, entre otras las agencias policiales. * Concedo mi permiso a todas las entidades gubernamentales, incluidas, entre otras, las agencias policiales, para que entreguen al DCYF y al DSHS toda la información que el DCYF y el DSHS soliciten para la investigación de antecedentes. * En caso de que la información de mi investigación de antecedentes sea pertinente para una apelación de una descalificación por investigación de antecedentes o de una decisión sobre una licencia, concedo al DCYF y al DSHS mi permiso para que entreguen la información de mi investigación de antecedentes a un juez administrativo y a un juez administrativo revisor, o a un tribunal. * Concedo al DCYF y al DSHS mi permiso para que entreguen la información de mi investigación de antecedentes conforme se ordene en una orden judicial, en la Ley de Divulgación Pública, capítulo 42.56 del RCW, o en otras leyes referentes a la privacidad, la confidencialidad o la divulgación de registros públicos. * Concedo al DCYF mi permiso para entregar la información de mis antecedentes al programa asociado del DCYF. * Estos permisos estarán vigentes durante cinco años a partir de la fecha de su firma y entrega.   Si tengo 13, 14 o 15 años de edad, se realizará una investigación de antecedentes en el estado, conforme al WAC.  Entiendo que, una vez que entregue mi investigación de antecedentes, debo informar en un plazo de 24 horas la siguiente información sobre mi persona, sin importar en dónde ocurrió el incidente:   * Un arresto o una acusación pendiente en mi contra. * Acusaciones por maltrato o abandono infantil.   Proporcione esta información a 1.866.ENDHARM (1.866.363.4276). | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma (OBLIGATORIA) | | | Fecha de hoy (MM/DD/AAAA) | | | | | | | | | | Ciudad o condado en donde se firmó este formulario | | | |
| Firma del padre, la madre o el tutor  (OBLIGATORIA si usted tiene menos de 18 años de edad) | | | Fecha de hoy (MM/DD/AAAA) | | | | | | | | | | Ciudad o condado en donde se firmó este formulario | | | |
| **SECCIÓN 6: ENTREGA DE SU SOLICITUD DE PBC** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tiene tres opciones para entregar su solicitud de PBC (elija 1 opción)   1. Enviar por correo a:   DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH AND FAMILIES  ATTN: PBC  PO BOX 40993  Olympia, WA 98504  **O**   1. **Enviar por correo electrónico a:** [**dcyf.backgroundcheck@dcyf.wa.gov**](mailto:dcyf.backgroundcheck@dcyf.wa.gov)   **O**   1. **Enviar por fax al 360-407-5577** | | | | | | | | | | | | | | | | |