

AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES de proveedores de cuidado infantil sin licencia/exentos de licencia

LEA LAS INSTRUCCIONES EN LA PÁGINA 2, COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN EN PÁGINA 1 EN LETRA IMPRENTA, FIRME
PÁGINAS 1 Y 2 Y 3

MARQUE UNA CASILLA EN CADA COLUMNA EN LA FILA A o B:			
	Categoría del establecimiento	Tipo de solicitud específico	Proveedor de servicios de cuidado infantil
1	A	Cuidado infantil sin licencia	<input type="checkbox"/> Proveedor (no familiar) <input type="checkbox"/> Miembro del hogar (de 13 hasta 17 años) * (no familiar) *Se requiere la firma del padre, la madre o el/la tutor/a <input type="checkbox"/> Miembro del hogar (18 años y más / no familiar)
	B	Establecimiento de cuidado infantil exento de licencia	<input type="checkbox"/> Establecimiento exento de licencia <input type="checkbox"/> Director/operador <input type="checkbox"/> Empleado/voluntario/empleado condicional

INFORMACIÓN PERSONAL (Vea las instrucciones adicionales al dorso)

	Apellido/nombre/inicial del segundo nombre		Número del Seguro Social o ITIN						
	Apellido de soltera y/u otros apellidos utilizados en el pasado (apellido/nombre/inicial del segundo nombre)		_ _ _ - _ - - - _ - - -						
2	DOMICILIO ACTUAL, TELÉFONO (cuando corresponda): Calle/Nº de apt.: _____ Ciudad: _____ Estado: : _ _ Código postal: _ _ _ _ _ Condado: _____ Teléfono del hogar (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _ Teléfono celular (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _		¿Vivió fuera de Illinois en algún momento durante los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique todos los domicilios anteriores de los últimos cinco (5) años, Includos aquellos fuera de Illinois. Fechas desde/hasta (Calle/Nº de apt./ciudad/condado/estado/código postal)						
	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Edad	Lugar de nacimiento (ciudad y estado)	Ciudadanía (País) <input type="checkbox"/> EE.UU. <input type="checkbox"/> Otro, especifique	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Altura Pies. Pulgadas.	Peso (lb)	Cabello (color)	Ojos (color)
	Raza (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Nativo estadounidense/de Alaska (indígena o esquimal) <input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No quiso identificarse <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No se pudo verificar							Etnia (ver códigos en la Página 2)	

AUTORIZACIÓN /CERTIFICACIÓN

	¿Alguna vez fue indicado como perpetrador en una investigación de abuso/negligencia infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez fue condenado por un delito penal, distinto de una infracción de tránsito menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Certifico que he leído y entiendo el cuadro de la Autorización/Certificación al dorso de este formulario.	
3	Firma _____ Fecha _____ Firma de padre/madre/tutor/a (si corresponde) _____ Fecha _____	

A COMPLETAR POR EL TRABAJADOR DEL CASO y LA UNIDAD DE VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES	
Esta autorización no será procesada si no se completa esta sección. El trabajador del caso (Sección 4) y la Unidad de verificación de antecedentes (Sección 5) deben completar lo siguiente:	
	Fecha en que se tomaron las huellas dactilares: _____ Nombre completo de la persona o el establecimiento _____ Nº de ID del proveedor: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal de IL: _____
4	Región del trabajador del DCFS/POS: _____ Región/sitio/campo del DCFS/POS: _____ Dirección de correo electrónico del trabajador: _____ Nombre del trabajador del DCFS/POS _____ Número de teléfono Número de fax _____
5	RESULTADOS DE LOS ANTECEDENTES SEGÚN CORRESPONDA Certificado de CANTS: _____ Certificado de agresor sexual: _____ Certificado de la Policía del estado de Illinois: _____ Certificado del FBI: _____ Certificados de transferencia: SO/CANTS: _____ ISP: _____
	PARA USO DE LA OFICINA CENTRAL DE OTORGAMIENTO DE LICENCIAS SID# _____ Certificado _____ Registro _____ Registrado en BC-03: _____ Enviado por el FBI: _____

Imprimir: Apellido / Nombre / Inicial del segundo nombre

de ID del proveedor

QUIÉN DEBE USAR ESTE FORMULARIO: Este formulario debe ser completado por toda persona mayor de 13 años que resida en un hogar de cuidado diurno sin licencia, o trabaje como empleada o voluntaria en un hogar de cuidado diurno sin licencia o establecimiento exento de licencia. Toda persona sujeta a una verificación de antecedentes debe completar las primeras tres secciones que identifican el tipo de y el rol que tendrá en y toda la información personal. Toda la información que identifique a la persona debe ser correcta y completa. La firma del padre, la madre o el/la tutor/a es obligatoria si la verificación de antecedentes es para un menor de edad.

INSTRUCCIONES ADICIONALES PARA LAS SECCIONES 2 Y 3 DE LA PRIMERA PÁGINA

Nombre:	Se deben incluir los apellidos actuales y todos los apellidos anteriores utilizados por la persona. Si no hay otros nombres, escriba "ninguno".	
Nº de Seguro Social, ITIN o asignado.	ESTE FORMULARIO NO SERÁ PROCESADO SIN UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL DEL CONTRIBUYENTE (ITIN, por sus siglas en inglés) O EL NÚMERO ASIGNADO POR EL DEPARTAMENTO	
Dirección:	La dirección actual y todas las direcciones, incluyendo el condado, donde la persona haya vivido en los últimos cinco años (Indique si es fuera de Illinois).	
Raza:	Marque todos los códigos de raza que correspondan. NA = Nativo Americano /nativo de Alaska (Indígena o esquimal) AS = Asiático BL = Negro/Afro-americano PI = Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico	WH = Blanco UK = Desconocida DI = No quiso identificarse CV = No pudo ser verificada
Etnia:	Marque la etnia principal. NH = No hispano HS = Hispano sudamericano HM = Hispano mexicano HP = Hispano puertorriqueño HD = Hispano de ascendencia española HC = Hispano cubano	HA = Hispano centroamericano HN = Hispano dominicano HO = Hispano otra UK = Desconocida DI = No quiso identificarse CV = No pudo ser verificada

INSTRUCCIONES ADICIONALES PARA SECCION 4 DE LA PRIMERA PÁGINA

<p>Instrucciones para el lado izquierdo -</p> <p>Fecha de las huellas digitales: Proporcione la fecha de cuando las huellas digitales del individuo fueron tomadas.</p> <p>Nombre del establecimiento: Nombre completo de la persona o establecimiento que presta servicios de cuidado infantil.</p> <p>Nº de ID del proveedor: La identificación del proveedor.</p> <p>Calle/ciudad/CP: Dónde se encuentra el establecimiento que presta servicios de cuidado infantil.</p>	<p>Instrucciones para el lado derecho -</p> <p>Región del trabajador del DCFS/POS: La región en la que está ubicada la oficina del trabajador(a).</p> <p>Región/sitio/campo del DCFS/POS: Número de región/sitio/campo del trabajador.</p> <p>Correo electrónico del trabajador: Dirección de correo electrónico @illinois.gov o de la agencia del trabajador</p> <p>Nombre del trabajador del DCFS/POS: Nombre completo del trabajador(a) asignado(a)</p> <p>Teléfono y fax: Números de teléfono y fax del trabajador</p>
---	---

La Autorización para verificación de antecedentes tiene que ser presentada al trabajador para que complete la Sección 4 y para que éste la envíe a la Unidad pertinente de verificación de antecedentes del Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois. El trabajador tiene que verificar que el formulario esté completo y sea exacto, confirmar que a la persona (si es mayor de 18 años de edad) se le hayan tomado las huellas digitales, y verificar que la ortografía de los nombres sea correcta junto con una forma de identificación, como una licencia de conducir o identificación con fotografía.

INSTRUCCIONES ADICIONALES

NOTIFICACIÓN DE CONDICIONES para EMPLEO EN UN LOCAL DE GUARDERÍA A CONTINUACIÓN, y la DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD DEL ISP/FBI y la AUTORIZACIÓN/CERTIFICACIÓN en la página 3 de este formulario deben estar firmadas y fechadas por individuos mayores de 18 años proporcionando huellas digitales para esta verificación de antecedentes. Individuos proporcionando huellas digitales tienen derecho a recibir una copia de este formulario.

AVISO DE CONDICIONES DE EMPLEO EN UNA INSTALACIÓN DE CUIDADO INFANTIL

Un empleado condicional incluye:

- Empleados
- Voluntarios
- Proveedores de servicios sin Licencia

Un empleado condicional no debe estar solo con ningún joven en cuidado u otro niño que recibe servicios a través del programa de la instalación de cuidado infantil con licencia, hasta que se hayan recibido todas las autorizaciones de antecedentes. Esto incluye la recepción de todas las autorizaciones de huellas dactilares y cualquier historial como perpetrador de abuso/negligencia infantil. Un empleado condicional deberá estar con otro empleado quien haya pasado la verificación de antecedentes completa mientras haya un niño presente. Un empleado condicional no debe estar solo con ningún joven en cuidado u otro niño atendido por la instalación autorizada, hasta que el empleador notifique que se han recibido todas las autorizaciones de antecedentes.

Certificación:

He leído, entiendo y seguiré las estipulaciones establecidas como empleado condicional:

Firma: _____ **Fecha:** _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD DEL ISP/FBI

Autoridad: la adquisición, preservación e intercambio de huellas dactilares e información asociada del FBI generalmente se autorizan en virtud de 28 U.S.C. 534. Dependiendo de la naturaleza de su solicitud, las autoridades complementarias incluyen los estatutos federales, los estatutos estatales de acuerdo con la publicación. L. 92-544, Órdenes Ejecutivas Presidenciales, y regulaciones federales. Proporcionar sus huellas dactilares e información asociada es voluntario; sin embargo, el no hacerlo puede afectar la finalización o aprobación de su solicitud.

Propósito principal: Ciertas determinaciones, como el empleo, las licencias y las autorizaciones de seguridad, pueden basarse en verificaciones de antecedentes basadas en huellas dactilares. Sus huellas dactilares e información / datos biométricos asociados pueden proporcionarse a la agencia empleadora, investigadora o responsable, y / o al FBI con el fin de comparar sus huellas dactilares con otras huellas dactilares en el sistema de identificación de próxima generación (NGI) del FBI o sus sistemas sucesores. (incluidos los repositorios de huellas dactilares civiles, criminales y latentes) u otros registros disponibles de la agencia empleadora, investigadora o responsable. El FBI puede retener sus huellas dactilares e información / datos biométricos asociados en NGI después de completar esta solicitud y, mientras está retenido, sus huellas dactilares pueden continuar comparándose con otras huellas dactilares enviadas o retenidas por NGI.

Usos de rutina: Durante el procesamiento de esta solicitud y durante el tiempo que permanezcan en NGI sus huellas dactilares y la información / datos biométricos asociados, su información puede ser divulgada de acuerdo con su consentimiento y puede ser revelada sin su consentimiento según lo permita la Ley de Privacidad de 1974 y todos los Usos de Rutina aplicables que puedan publicarse en cualquier momento en el Registro Federal, incluidos los Usos de Rutina para el sistema NGI y los Usos de Rutina de Cobertura del FBI. Los usos de rutina incluyen, entre otros, divulgaciones a: agencias gubernamentales o no gubernamentales autorizadas responsables del empleo, contratación, licencias, permisos de seguridad y otras determinaciones de idoneidad; agencias policiales locales, estatales, tribales o federales; agencias de justicia penal; y agencias responsables de la seguridad nacional o seguridad pública.

Notificación de registro del solicitante: Sus huellas digitales se utilizarán para verificar los registros de antecedentes penales del FBI. Los procedimientos para obtener una copia o cambio, corrección o actualización del registro de antecedentes penales del FBI se establecen en el Título 28, Código de Reglamentos Federales (CFR), Sección 16.30 a 16.34 o visite el sitio web del FBI en <http://www.fbi.gov/about-us/cjis/background-checks>.

Firma _____

Fecha _____

Firma del Padre/Tutor (si corresponde) _____

Fecha _____

AUTORIZACIÓN/CERTIFICACIÓN

"A través de la presente, autorizo la divulgación de la información de cualquier registro de antecedentes penales que pudiera existir sobre mi persona de parte de cualquier agencia, organización, institución o entidad que posea dicha información en sus archivos. Sé y entiendo que mis huellas digitales pueden ser retenidas y serán utilizadas para verificar los archivos de información de antecedentes penales de la Policía del estado de Illinois y/o de la Oficina Federal de Investigación, incluyendo, pero no limitado a las bases de datos civiles, penales y de huellas latentes. Asimismo, entiendo que en caso que se haya tomado una fotografía de mi persona, mi fotografía puede ser compartida únicamente con fines de empleo u otorgamiento de una licencia. Además, entiendo que tengo derecho a objetar cualquier información distribuida desde estas agencias de justicia penal relacionada con mi persona que pudiera ser inexacta o incompleta de conformidad con el Título 28 del Código de Regulación Federal 16.34 y el Capítulo 20 ILCS 2630/7 de la Ley de Identificación Criminal".

Autorizo al Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois a llevar a cabo una investigación para determinar si alguna vez fui acusado de un delito y, de ser así, a conocer cuál fue el dictamen sobre esos cargos. Autorizo al Departamento a solicitar información y asistencia del Departamento de Justicia de EE.UU. y el Departamento de Policía de Illinois durante el transcurso de esta investigación. Autorizo al Departamento a buscar denuncias de abuso y negligencia infantil de manera periódica para determinar si fui perpetrador de un incidente "indicado" de abuso o negligencia infantil de conformidad con la Ley de Denuncia de Abuso y Negligencia Infantil. La verificación de antecedentes de abuso y negligencia infantil y la investigación de antecedentes penales pueden ser utilizadas para considerar una solicitud de una licencia, un empleo actual o potencial, o un servicio como voluntario en un establecimiento de cuidado infantil. Las personas de 13 a 17 años de edad que firmen este formulario autorizan una búsqueda en SACWIS y CANTS exclusivamente, y no están sujetas a que se les tomen sus huellas digitales.

Entiendo que la información obtenida como resultado de mi autorización de esta investigación es confidencial. El DCFS será el único que recibirá los resultados de la verificación de antecedentes del FBI para su revisión, y el empleado, el empleado condicional, el empleado potencial o el voluntario recibirán una copia si la solicitan previamente por escrito. *La información sobre condenas del Estado suministrada por el Departamento de Policía del Estado con respecto a los empleados, los empleados potenciales o los voluntarios de proveedores de servicios sin licencia y establecimientos de cuidado infantil con licencia conforme a esta Ley será provista al operador de dicho establecimiento y, previa solicitud por escrito, al empleado, empleado potencial o voluntario de un establecimiento de cuidado infantil o proveedor de servicios sin licencia.* [225 ILCS 10/4.1] Asimismo, certifico que la información suministrada en este formulario es verdadera y correcta. Acepto que la falsedad de cualquier información suministrada más arriba y/o de los resultados de la verificación de antecedentes puede ser un motivo absoluto y suficiente para que la solicitud de una licencia sea rechazada, o puede tener como resultado la finalización de mi empleo.

Si cree que la información en su registro de la Policía del estado de Illinois o su registro de la Oficina Federal de Investigación es incorrecta, puede visitar: <http://www.ilga.gov/commission/jcar/admincode/020/02001210sections.html> para la ISP y <http://www.fbi.gov> para el FBI.

Firma _____

Fecha _____

Firma del Padre/Tutor (si corresponde) _____

Fecha _____