



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.

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		
<p>Paso 1: Programa asociado</p> <input type="checkbox"/> Cuidado de niños con licencia <input type="checkbox"/> ECEAP – Programa de Educación y Asistencia para la Primera Infancia <input type="checkbox"/> Trabajar o ser voluntario en un centro del ECEAP <input type="checkbox"/> Monitorear o prestar servicios en más de un centro del ECEAP <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Reserva de sustitutos <input type="checkbox"/> FFN	<p>Paso 2: Función en el programa (<i>marque una</i>)</p> <input type="checkbox"/> Empleado o miembro del hogar <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO	Identificador de STARS (puede tener 9 o 10 dígitos) Cada persona que solicite una PBC <u>debe</u> tener su propio identificador de STARS. _____
NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO (____) _____-_____	NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO (<i>opcional</i>) (____) _____-_____	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) _____
<p>***Recuerde que el nombre legal que escribió debe coincidir con el de una tarjeta de identificación emitida por el gobierno.</p> <p>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:</p> <input type="checkbox"/> 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)?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
2) ¿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.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Delito	Jurisdicción	Fallo	Fecha del fallo
Delito	Jurisdicción	Fallo	Fecha del fallo
3) ¿Hay cargos penales pendientes en su contra por cualquier delito, en cualquier jurisdicción local, estatal, federal, militar, 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.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Delito	Jurisdicción	Grado	Fecha de la acusación
Delito	Jurisdicción	Grado	Fecha de la acusación
4) ¿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.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

<p>5) ¿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.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<p>6) ¿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.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<p>7) ¿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.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<p>8) ¿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?</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> Respecto a un contrato. Esto incluye, entre otras cosas, a la denegación, cancelación o suspensión de un contrato. <p>Si contestó que SÍ, proporcione la siguiente información. Añada una página si la necesita.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<p>9) ¿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.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 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
- 2) Enviar por correo electrónico a: dcyf.backgroundcheck@dcyf.wa.gov
- 3) Enviar por fax al 360-407-5577