



# HOJA DE INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE ANTECEDENTES

## Instrucciones sobre la Autorización de Antecedentes – Página 1 de 2

**Usted DEBE** llenar TODAS las casillas en este formulario según se indica. LEA las instrucciones para cada Sección y cada casilla.

**Usted DEBE** colocar una respuesta en la casilla. Puede colocar NO, NO CORRESPONDE (N/C), O NINGUNO– excepto en la CASILLA número 3 –

**NO** responda ninguna pregunta colocando SE DESCONOCE o un SIGNO DE PREGUNTA en la casilla. De hacerlo, el formulario será enviado de regreso.

Escriba claramente con tinta negra.

Lea cada pregunta cuidadosamente.

Verifique con su programa de DSHS para saber si debe completar las casillas que dicen “VER LAS INSTRUCCIONES”  
\_\_\_\_\_ (Esta casilla le permite a su programa insertar sus requerimientos.)

**Usted DEBE** colocar una respuesta en cada casilla y devolver este formulario a: \_\_\_\_\_ (Esta casilla le permite a la persona, programa, o entidad insertar el domicilio o número de fax donde debe devolverse el formulario.)

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

- Formulario equivocado.
- Casillas en blanco.
- Letra ilegible.
- Número de cuenta de la BCCU faltante o incorrecta.
- 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 la BCCU recibió el formulario.

**SECCIÓN 1:** Esta sección debe ser llenada por la persona o entidad que solicita esta averiguación de antecedentes. Una entidad puede ser un establecimiento, empresa, organización, o agencia como ser un Hogar para Ancianos, un Centro de Rehabilitación, o una Oficina de DSHS.

Si está presentando una solicitud para ser un Hogar de Familia para Adultos, Pensión, u Hogar para Ancianos con licencia, **OMITA LA SECCIÓN 1.** PASE directamente a la SECCIÓN 2.

- A. Usted DEBE** colocar el nombre de la entidad o persona que solicita la averiguación de antecedentes. Una entidad podría ser una oficina de DSHS. Una persona podría ser alguien que solicita una licencia o contrato de proveedor de servicio. Solicítele a su programa de DSHS que le informe qué nombre de persona o nombre de entidad se requiere para esta casilla.  
\_\_\_\_\_ (Esta casilla le permite a su programa insertar requerimientos.)

**B.** Consulte a su programa de DSHS si usted debe completar el domicilio de la entidad o persona que solicita la averiguación de antecedentes. Coloque N/C en esta casilla en caso de que NO sea requerida por su programa.  
\_\_\_\_\_ (Esta casilla le permite a su programa insertar requerimientos.)

**C. Esta casilla es ÚNICAMENTE** para la Administración Servicios para Niños. Administración Servicios para Niños: Escribir el nombre del establecimiento u hogar suplente.
- Usted DEBE** escribir y firmar con su nombre si es la persona que solicita la averiguación de antecedentes. La persona sobre la cual se averigua debe firmar en la casilla 19.
- NO ESCRIBA NADA EN ESTAS CASILLAS A NO SER QUE** usted sea un empleado de la Administración Servicios Para Niños, Administración de Servicios Económicos, Servicios de Protección para Adultos o una autoridad contratante de DSHS.

**D.** El Número de Identificación del Personal es el número permanente asignado por el Departamento de Personal (DOP) a cada miembro del personal
- Usted DEBE** colocar su número de cuenta de la BCCU en esta casilla. Puede encontrar su número de cuenta de la BCCU en <http://www1.dshs.wa.gov/msa/bccu/index.htm>. Si este formulario es parte de su solicitud para una **licencia** como Hogar de Familia para Adultos, Pensión, u Hogar para Ancianos, **NO** tiene que proporcionar el número de cuenta de la BCCU. DEBE hacer lo siguiente:

  - Hogar de Familia para Adultos – Coloque una **A** delante de su número de licencia.
  - Pensión – Coloque una **B** delante de su número de licencia.
  - Hogar para Ancianos – Coloque una **N** delante de su número de licencia.
- A.** Usted DEBE consultar a su programa de DSHS si se requiere que usted tenga un número de identificación o un nombre en esta casilla.  
Coloque N/C en esta casilla en caso de que NO sea requerida por su programa.  
\_\_\_\_\_ (Esta casilla le permite a su programa insertar requerimientos.)

**B. ÚNICAMENTE** DSHS – Coloque N/C si usted NO es un miembro del personal de DSHS que utiliza el Servicio Web para averiguaciones de antecedentes por huellas dactilares. Este número de identificación es para que el personal de DSHS busque las averiguaciones de antecedentes. Cualquier programa podría utilizar esta casilla para sus propios propósitos de búsqueda.

**SECCIÓN 2: Usted DEBE llenar esta sección si es la persona sobre la cual estamos averiguando. Nota:** Un empleado de DSHS que solicita una averiguación de antecedentes para una investigación de los Servicios de Protección Para Adultos (APS) o Agencia Protectora de Menores (CPS) DEBE completar esta sección de la mejor manera posible.

6. Usted PODRÍA colocar su número de seguro social (SSN) en esta casilla. No se requiere su SSN para llevar a cabo una averiguación de antecedentes.  
\_\_\_\_\_ (Esta casilla le permite a su programa insertar requerimientos.)
7. **Usted DEBE** completar su fecha de nacimiento.
- 8A. **Usted DEBE** colocar su nombre completo. Si no tiene un nombre para colocar en esta casilla, **DEBE** colocar **NINGUNO**.  
VEA EL EJEMPLO A CONTINUACIÓN.

|                            |                                 |                                     |
|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| EJEMPLO:                   |                                 |                                     |
| ESCRIBA SU APELLIDO ACTUAL | ESCRIBA SU PRIMER NOMBRE ACTUAL | ESCRIBA SU NOMBRE INTERMEDIO ACTUAL |
| NINGUNO                    | "Prince"                        | NINGUNO                             |

- B. **Usted DEBE** colocar su nombre de nacimiento completo. **Usted DEBE** colocar **IGUAL** si alguno de sus nombres es igual a los nombres que colocó en la casilla 8A.
9. **Usted DEBE** colocar los apellidos que ha utilizado o por los cuales lo identifican. **Usted DEBE** colocar **NINGUNO** en caso de que NO haya utilizado o no lo identifiquen con otros apellidos.
10. **Usted DEBE** colocar cualquier sobrenombre que haya utilizado. **Usted DEBE** colocar **NINGUNO** en caso que NO haya utilizado ningún sobrenombre.
11. **Usted DEBE** responder **SÍ** o **NO**. Si su respuesta es **SÍ** a A. o B., **usted DEBE** completar la información sobre su condena o cargo pendiente.
12. **Usted DEBE** responder **SÍ** o **NO**.
13. **Usted DEBE** responder **SÍ** o **NO**.
14. **Usted DEBE** responder **SÍ** o **NO**. Coloque **SÍ**, si la orden de protección se extendió por más de 30 días y fue para la protección de un adulto, joven o niño vulnerable.
15. **Usted DEBE** colocar el número de la licencia de conducir o de identificación estatal en la casilla. **Usted DEBE** colocar el nombre del estado en la casilla. **Usted DEBE** colocar **NINGUNO** si no posee un número de licencia de conducir o de identificación estatal.
16. **Usted DEBE** colocar el número de años y meses que vivió 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 contando los años y meses desde la fecha en que regresó al Estado de Washington. **Nota:** **Usted DEBE** consultarle a su programa si tiene que obtener una averiguación por huellas dactilares.
17. **A. Usted DEBE** completar el domicilio donde vive actualmente.  
**B.** Su programa podría requerir que proporcione su domicilio anterior. Consulte a su programa de DSHS. Coloque N/C en esta casilla en caso de que NO sea requerida por su programa.  
\_\_\_\_\_ (Esta casilla le permite a su programa insertar requerimientos.)  
**C.** Consulte a su programa si se requiere su número de teléfono. **Usted DEBE** colocar **NINGUNO** si no tiene un número de teléfono.  
\_\_\_\_\_ (Esta casilla le permite a su programa insertar requerimientos.)
18. **Usted DEBE** leer la declaración en esta casilla. Su firma bajo el número 19 significa que ha leído y está de acuerdo con las declaraciones en el número 18. Este formulario de autorización de antecedentes NO reemplaza la solicitud de divulgación pública de registros acerca de determinaciones con fundamento. Determinaciones con fundamento significa que una agencia estatal ha iniciado acciones legales contra alguien después de una investigación y notificación de una decisión sobre abuso, abuso sexual, negligencia, abandono o explotación o explotación financiera de un adulto, joven o niño vulnerable.
19. **Usted DEBE** firmar con su nombre aquí. Si NO tiene 18 años de edad, **su padre o tutor DEBEN** firmar aquí.
20. **Usted DEBE** completar la fecha en que firmó este formulario.

**ATENCIÓN SOLICITANTES:**

Si desea conocer el estado de su formulario de averiguación de antecedentes o necesita información sobre el proceso de averiguación de antecedentes de la BCCU, comuníquese con la BCCU en: [bccuinquiry@dshs.wa.gov](mailto:bccuinquiry@dshs.wa.gov)

**ATENCIÓN ENTIDADES Y PERSONAL DE DSHS:** **Usted DEBE** informar errores en su domicilio, número de teléfono o número de fax a la BCCU en [bccuinquiry@dshs.wa.gov](mailto:bccuinquiry@dshs.wa.gov) o al (360) 902-0299. Coloque su número de cuenta de la BCCU en su correo electrónico.