Washington State Department of Social & Health Services

# Autorización de Antecedentes

Background Authorization

**Lea las instrucciones adjuntas antes de llenar este formulario.**

**SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD (COMPLETADA POR EL PERSONAL DE DSHS, PROVEEDOR, SOLICITANTE, ACREDITADO, Y/O CONTRATISTA)**

| 1A. ESCRIBIR EL NOMBRE DE LA PERSONA O ENTIDAD QUE SOLICITA ESTA AVERIGUACIÓN DE ANTECEDENTES | 1B. **VER LAS INSTRUCCIONES:** ESCRIBIR LA DIRECCIÓN COMPLETA DE LA PERSONA O ENTIDAD QUE SOLICITA LA AVERIGUACIÓN | 1C. **REQUERIDO POR LA ADMINISTRACIÓN DE NIÑOS ÚNICAMENTE:** ESCRIBIR EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO/HOGAR SUPLENTE |
|---|---|---|

2. NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AVERIGUACIÓN DE ANTECEDENTES
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE: FIRMA:

**3. A. SE REQUIERE ÚNICAMENTE PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS ECONÓMICOS:**
☐ Contrato WorkFirst ☐ Agente cobrador precautorio ☐ Pariente en el hogar ☐ En lugar de los padres

**B. SE REQUIERE ÚNICAMENTE POR LA ADMINISTRACIÓN DE NIÑOS:**
☐ Cuidado suplente estatal ☐ Cuidado suplente de agencia privada ☐ Adopción
☐ Colocación con pariente de DCFS ☐ Contratos
☐ Sujeto a (o relacionado con) la investigación de CPS ☐ Empleado de establecimiento residencial o agencia de colocación de niños

**C. SE REQUIERE ÚNICAMENTE PARA SERVICIOS DE PROTECCIÓN PARA ADULTOS:**
☐ Sujeto involucrado en (o relacionado con) la investigación de APS según RCW 74.34

**D. SE REQUIERE ÚNICAMENTE PARA EMPLEO ESTATAL DE DSHS:**
NÚMERO DE POSICIÓN DE DSHS _____ **(ESCRIBIR NINGUNO DE NO EXISTIR NINGUNO)** CLASIFICACIÓN LABORAL DE DSHS: _____
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL: _____
☐ Cita permanente ☐ Cita no permanente ☐ Estudio laboral ☐ Voluntariado ☐ Pasantía estudiantil ☐ Despido ☐ En servicio

| 4. **VER LAS INSTRUCCIONES:** NÚMERO DE CUENTA DE LA BCCU | 5A. **VER LAS INSTRUCCIONES:** NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE DSHS O NOMBRE | 5B. **PARA AVERIGUACIÓN POR HUELLAS DACTILARES DEL SERVICIO WEB:** NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LA BCCU |
|---|---|---|

**SECCIÓN 2. ESTA SECCIÓN ES PARA INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE ÚNICAMENTE (LA PERSONA SOBRE QUIEN SE AVERIGUA ES EL SOLICITANTE)**

| 6. **VER LAS INSTRUCCIONES:** NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | 7. ESCRIBA SU FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) |
|---|---|

| 8A. VER EJEMPLO EN LAS INSTRUCCIONES: ESCRIBA SU APELLIDO ACTUAL **(ESCRIBIR NINGUNO DE NO EXISTIR NINGUNO)** | VER EJEMPLO EN LAS INSTRUCCIONES: ESCRIBA SU PRIMER NOMBRE ACTUAL **(ESCRIBIR NINGUNO DE NO EXISTIR NINGUNO)** | VER EJEMPLO EN LAS INSTRUCCIONES: ESCRIBA SU NOMBRE INTERMEDIO ACTUAL **(ESCRIBIR NINGUNO DE NO EXISTIR NINGUNO)** |
|---|---|---|
| 8B. ESCRIBA SU APELLIDO DE NACIMIENTO **(ESCRIBA NINGUNO DE NO EXISTIR NINGUNO)** | ESCRIBA SU PRIMER NOMBRE DE NACIMIENTO **(ESCRIBA NINGUNO DE NO EXISTIR NINGUNO)** | ESCRIBA SU NOMBRE INTERMEDIO DE NACIMIENTO **(ESCRIBA NINGUNO DE NO EXISTIR NINGUNO)** |

9. ESCRIBA OTROS NOMBRES QUE HAYA UTILIZADO Y APELLIDOS POR LOS CUALES LO IDENTIFICAN **(ESCRIBA NINGUNO DE NO EXISTIR NINGUNO)**

10. ESCRIBA SUS SOBRENOMBRES Y DEMÁS PRIMEROS NOMBRES QUE HAYA UTILIZADO Y POR LOS CUALES LO IDENTIFICAN **(ESCRIBA NINGUNO DE NO EXISTIR NINGUNO)**

11A. ¿Ha sido sentenciado por algún delito? De ser sí, complete los espacios en blanco a continuación. Agregue una página si necesita más espacio. ..... ☐ Sí ☐ No
Delitos graves y delitos menores graves: _____ Grado: _____ Estado: _____ Fecha de condena: _____

11B. ¿Tiene cargos (pendientes) en su contra por algún delito?
De ser sí, complete los espacios en blanco a continuación. Agregue una página si necesita más espacio. ..... ☐ Sí ☐ No
Delitos graves y delitos menores graves: _____ Grado: _____ Estado: _____

12. ¿Alguna vez recibió un aviso de un tribunal o agencia estatal declarando que usted ha abusado sexualmente, abusado físicamente, tuvo negligencia, abandonó, o explotó a un niño, joven, o adulto? ..... ☐ Sí ☐ No

13. ¿Alguna vez un tribunal o agencia estatal le rechazó 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

14. ¿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, joven, o niño vulnerable? ..... ☐ Sí ☐ No

| 15. ESCRIBA EL NÚMERO DE SU LICENCIA DE CONDUCIR O DE IDENTIFICACIÓN ESTATAL **(ESCRIBA NINGUNO DE NO EXISTIR NINGUNO)** | ESCRIBA EL NOMBRE DEL ESTADO EN SU LICENCIA O IDENTIFICACIÓN |
|---|---|

16. ¿Cuántos años ha vivido en el Estado de Washington sin vivir en otro estado? _____ Años / _____ Meses

**17. A.** ESCRIBA EL DOMICILIO DONDE VIVE ACTUALMENTE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL CONDADO

**B. VER LAS INSTRUCCIONES:** ESCRIBA LA DIRECCIÓN DONDE VIVÍA ANTES DE SU DIRECCIÓN ACTUAL
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL CONDADO

**C. VER LAS INSTRUCCIONES:** PROPORCIONE EL CÓDIGO DE ÁREA Y NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA DONDE SE LO PUEDA CONTACTAR

18. Yo soy la persona mencionada arriba. Si no digo toda la verdad en este formulario, entiendo que puedo recibir cargos por perjurio y no se me permitiría trabajar con adultos, jóvenes o niños vulnerables. Mi firma en la casilla 19 significa que:
- Autorizo a DSHS a verificar mis antecedentes con cualquier entidad gubernamental y agencia de ejecución de la ley.
- Si se identifican determinaciones con fundamento, autorizo a DSHS a brindar únicamente mi nombre y que las determinaciones con fundamento sean identificadas para todas las personas o entidades en la Sección 1.
- Autorizo a DSHS a brindar toda la demás información de mis antecedentes a las personas o entidades mencionadas en la Sección 1.
- Este permiso tiene vigencia por 90 días a partir de la fecha de la firma. Puedo cambiar de opinión por escrito acerca de este permiso en cualquier momento.

| 19. **SE REQUIERE:** SU FIRMA. LA FIRMA DE SU PADRE O TUTOR SI USTED ES MENOR DE 18 AÑOS. | 20. **SE REQUIERE:** FECHA DE HOY (MM/DD/AAAA) |
|---|---|

**PARA USO DEL PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN SERVICIOS PARA NIÑOS ÚNICAMENTE (FOR USE BY CHILDREN'S ADMINISTRATION STAFF ONLY)**

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

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

**NO** responda ninguna pregunta escribiendo SE DESCONOCE o un SIGNO DE INTERROGACIÓN 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** escribir una respuesta en casa 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.

1. **A.** **Usted DEBE** escribir 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.

2. **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.

3. 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

4. **Usted DEBE** escribir 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 – Escriba una **A** delante de su número de licencia.
   - Pensión – Escriba una **B** delante de su número de licencia.
   - Hogar para Ancianos – Escriba una **N** delante de su número de licencia.

5. **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.
   Escriba 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 – Escriba 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.

8. **A. Usted DEBE** escribir su nombre completo. Si no tiene un nombre para colocar en esta casilla, **DEBE** escribir **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** escribir su nombre de nacimiento completo. **Usted DEBE** escribir **IGUAL** si alguno de sus nombres es igual a los nombres que colocó en la casilla 8A.

9. **Usted DEBE** escribir los apellidos que ha utilizado o por los cuales lo identifican. **Usted DEBE** escribir **NINGUNO** en caso de que **NO** haya utilizado o no lo identifiquen con otros apellidos.

10. **Usted DEBE** escribir cualquier sobrenombre que haya utilizado. **Usted DEBE** escribir **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**. Escriba **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** escribir el número de la licencia de conducir o de identificación estatal en la casilla. **Usted DEBE** escribir el nombre del estado en la casilla. **Usted DEBE** escribir **NINGUNO** si no posee un número de licencia de conducir o de identificación estatal.

16. **Usted DEBE** escribir 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 a contar 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** escribir **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

**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 o al (360) 902-0299. Coloque su número de cuenta de la BCCU en su correo electrónico.