



Autorización para verificación de antecedentes

Background Check Authorization

CÓDIGO DE PROCESAMIENTO

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD (LLENADA POR PERSONAL DE DSHS, PROVEEDOR, SOLICITANTE, TITULAR DE LICENCIA Y/O CONTRATISTA)		
1A. ENTIDAD QUE SOLICITA LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES	1B. DIRECCIÓN COMPLETA DE LA ENTIDAD NOMBRADA EN LA CASILLA 1A	1C. NOMBRE DE ENTIDAD SECUNDARIA
2. REQUERIDO: NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES		
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE:		FIRMA:
3. SÓLO SE REQUIERE PARA EMPLEO ESTATAL CON DSHS		
NÚMERO DE PUESTO DEL DSHS _____ (SI NO LO HAY, ESCRIBA "NINGUNO") CLASIFICACIÓN DE EMPLEO DEL DSHS: _____ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONAL: _____		
<input type="checkbox"/> Nombramiento permanente <input type="checkbox"/> Nombramiento no permanente <input type="checkbox"/> Trabajo-estudio / prácticas profesionales <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Interino		
4. REQUERIDO: NÚMERO DE CUENTA DE BCCU		5. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE DSHS O NOMBRE
SECCIÓN 2. ESTA SECCIÓN ES SÓLO PARA INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (LA PERSONA A SER VERIFICADA ES EL SOLICITANTE)		
6. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	7. REQUERIDO: FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	8. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO EN LETRA DE MOLDE
9. REQUERIDO: ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE SU NOMBRE COMO APARECE EN SU LICENCIA DE CONDUCIR O EN OTRA IDENTIFICACIÓN CON FOTO. ESCRIBA N/A EN LA CASILLA SI NO NOMBRE:		
NOMBRE:	NOMBRE INTERMEDIO:	APELLIDO:
10. REQUERIDO: ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE TODOS LOS DEMÁS NOMBRES, NOMBRES INTERMEDIOS Y APELLIDOS QUE HAYA USADO. ESCRIBA N/A EN LA CASILLA SI NO TIENE UN NOMBRE:		
NOMBRE:	NOMBRE INTERMEDIO:	APELLIDO:
REQUERIDO: PREGUNTAS PARA DIVULGACIÓN PROPIA. VEA LAS INSTRUCCIONES. Debe responder las preguntas de la 11A a la 14. Agregue una hoja de papel adicional si necesita listar delitos o acusaciones pendientes adicionales.		
11A. ¿Ha sido condenado de algún crimen? En caso afirmativo, llene los siguientes espacios en blanco. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
_____ Grado: _____ Estado: _____ Fecha de condena: ____/____/____		
11B. ¿Tiene acusaciones (pendientes) en su contra por algún delito? En caso afirmativo, llene los siguientes espacios en blanco. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
_____ Grado: _____ Estado: _____		
12. ¿Algún tribunal o agencia estatal ha emitido alguna vez una orden u otra notificación final que establezca que usted ha abusado sexualmente, maltratado físicamente, descuidado, abandonado o explotado a un niño, menor o adulto vulnerable? ... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
13. ¿Alguna agencia gubernamental le ha negado, cancelado o revocado alguna vez un contrato o licencia por no cuidar a niños, menores o adultos vulnerables; o alguna vez ha renunciado a su contrato o licencia porque una agencia gubernamental estaba actuando en su contra por no cuidar a niños, menores o adultos vulnerables? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
14. ¿Algún tribunal ha emitido alguna vez alguna de las siguientes órdenes en contra de usted por maltrato, abuso sexual, descuido, abandono, violencia doméstica, explotación o explotación financiera de un adulto vulnerable, menor o niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<ul style="list-style-type: none"> • Orden de protección/orden de restricción permanente* para adultos vulnerables, ya sea activa o vencida, en los términos de RCW 74.34. • Orden de protección por agresión sexual en los términos de RCW 7.90. • Orden de protección civil antiacoso permanente*, ya sea activa o vencida, en los términos de RCW 10.14. Vea la definición de "permanente" en las instrucciones.		
15. REQUERIDO: ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE SU NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR O IDENTIFICACIÓN ESTATAL (SI NO TIENE, ESCRIBA "NINGUNO")		REQUERIDO: ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTADO QUE APARECE EN SU LICENCIA O IDENTIFICACIÓN
16. REQUERIDO: ¿Ha vivido en algún estado o país distinto al Estado de Washington en los últimos tres años (36 meses)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
17. A. REQUERIDO: ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE SU DIRECCIÓN POSTAL A LA QUE PODAMOS ENVIARLE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL		
APT. NO.	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
B. REQUERIDO: ESCRIBA LA DIRECCIÓN EN LA QUE VIVE AHORA (ESCRIBA "LA MISMA" SI SU DIRECCIÓN ES LA MISMA QUE SU DIRECCIÓN POSTAL)		
APT. NO.	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
C. REQUERIDO: PROPORCIONE EL CÓDIGO DE ÁREA Y NÚMERO DE TELÉFONO EN DONDE PUEDE SER LOCALIZADO DURANTE EL DÍA		
18. Soy la persona mencionada arriba. Comprendo que si no digo toda la verdad en este formulario puedo ser acusado de perjurio y podría no permitírseme trabajar con adultos vulnerables, menores o niños. Comprendo y acepto que mi firma en la casilla número 19 significa que:		
<ul style="list-style-type: none"> • Doy al DSHS permiso de verificar mis antecedentes con cualquier entidad gubernamental y agencia de aplicación de la ley. • El resultado de mi verificación de antecedentes puede incluir información divulgada previamente por mí mismo y resultados de huellas digitales que están en el Sistema de Verificación de Antecedentes del DSHS, y que esta información será reportada según lo permitido en las leyes federales o estatales. • Si se identifica un hallazgo final, el DSHS reportará solamente mi nombre y que se identificó un hallazgo final en el resultado de la verificación de antecedentes. • El DSHS entregará el resultado de mi verificación de antecedentes a las personas o entidades mencionadas en la Sección 1 y podría entregar los resultados de mi verificación de antecedentes a otras personas o entidades cuando la ley autorice u obligue al DSHS a hacerlo. Los antecedentes penales con huellas digitales son entregados si lo permiten las leyes federales o estatales. • La entidad que solicita esta verificación de antecedentes debe entregar este formulario a la Unidad Central de Verificación de Antecedentes dentro de los plazos requeridos por el programa de vigilancia del DSHS. 		
19. REQUERIDO: SU FIRMA. LA FIRMA DE SU PADRE O TUTOR SI USTED TIENE MENOS DE 18 AÑOS.		20. REQUERIDO: LA FECHA DE HOY (MM/DD/AAAA)
USO DEL PROGRAMA – SIGA LAS INSTRUCCIONES PROPORCIONADAS POR SU PROGRAMA DE VIGILANCIA DEL DSHS		

Instrucciones para llenar la autorización de verificación de antecedentes
DSHS 09-653

Estas instrucciones le proporcionan indicaciones generales para llenar el formulario de autorización de verificación de antecedentes. Este formulario es utilizado por múltiples programas del DSHS para satisfacer diversas necesidades de verificación de antecedentes. **El programa de vigilancia del DSHS que requiera la verificación de antecedentes podría tener instrucciones adicionales que usted debe seguir.**

La Unidad Central de Verificación de Antecedentes (por sus siglas en inglés, "BCCU") **no puede** realizar la verificación de antecedentes a menos que se llenen todas las casillas requeridas. Las casillas requeridas tienen la palabra **REQUERIDO**: al lado del número de casilla, como se muestra en el siguiente ejemplo:

4. REQUERIDO: NÚMERO DE CUENTA DE BCCU

IMPORTANTE: Si usted no proporciona toda la información requerida, su verificación de antecedentes se retrasará.

ATENCIÓN ENTIDADES Y PERSONAL DEL DSHS: Entregue este formulario de autorización sólo una vez. Múltiples entregas del mismo formulario de autorización ocasionan demoras en el procesamiento de las verificaciones de antecedentes.

CÓDIGO DE PROCESAMIENTO: Si utiliza un código de procesamiento prioritario o "huella digital requerida", escríbalo en esta casilla. Los códigos de procesamiento prioritario incluyen nueva contratación, contacto inicial, licencia inicial, aprobación acelerada, protección comunitaria, y empleado estatal del DSHS.

SECCIÓN 1: A SER LLENADA POR LA ENTIDAD QUE SOLICITA LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

Esta sección debe ser llenada por la **entidad** que solicita la verificación de antecedentes. Las entidades generalmente son programas del DSHS, autoridades contratantes y proveedores externos que entregan solicitudes de verificación de antecedentes a la Unidad Central de Verificación de Antecedentes.

Casilla núm. Instrucciones

- 1A Escriba el nombre de la entidad que solicita la verificación de antecedentes.
- 1B Escriba la dirección completa de la entidad mencionada en la casilla 1A.
- 1C Escriba el nombre de la entidad secundaria asociada con la verificación de antecedentes. Una entidad secundaria podría ser un contratista, subcontratista, u otra entidad asociada con esta verificación de antecedentes. Su programa de vigilancia le dará instrucciones sobre cómo usar esta casilla.
- 2 Proporcione en letra de molde el nombre y firma de la persona que solicita la verificación de antecedentes. Esta es la persona que envía la verificación de antecedentes en nombre de la entidad mencionada en la casilla 1A.
- 3 Llene esta casilla **SOLAMENTE** si la verificación de antecedentes es para propósitos de empleo con el DSHS. Los proveedores externos **no** llenan esta casilla.
- 4 Escriba su número de cuenta de BCCU en esta casilla. Puede encontrar su número de cuenta de BCCU en <http://www.dshs.wa.gov/fsa/bccu/account-numbers>. Los números de cuenta de empleo estatal de DSHS están disponibles en la página de intranet del BCCU.
- 5 Escriba un número de identificación del DSHS o nombre si lo requiere su programa de vigilancia del DSHS.

SECCIÓN 2: A SER LLENADA POR EL SOLICITANTE

Esta sección debe ser llenada por el **solicitante**. El solicitante es la persona cuyos antecedentes estamos verificando. Excepto por lo señalado en estas instrucciones, el personal del DSHS no debe llenar la Sección 2 por el solicitante. Nota: El personal del programa de Servicios de Protección para Adultos (por sus siglas en inglés, "APS") puede llenar la información del solicitante para una verificación de antecedentes para una investigación de APS.

Casilla núm. Instrucciones

- 6 Usted puede decidir proporcionar su número de seguro social. Su número de seguro social ayuda a la Unidad Central de Verificación de Antecedentes a relacionar su nombre y fecha de nacimiento con registros existentes en nuestra base de datos y podría acelerar la terminación de su verificación de antecedentes.
- 7 Escriba su fecha de nacimiento incluyendo el mes, día y año.
- 8 Proporcione una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted.
- 9 Nombre actual: Escriba su nombre, nombre intermedio y apellido como aparecen en su licencia de conducir vigente o en otra identificación primaria con fotografía. (Ve al ejemplo más adelante). Identificaciones con fotografía emitidas por el gobierno que son aceptadas incluyen cualquier identificación emitida por el gobierno federal, estatal o local, identificación militar de Estados Unidos, pasaporte de Estados Unidos o extranjero, o identificación tribal con reconocimiento federal. Escriba **N/A** en cada casilla en la que no tenga un nombre que escribir.

9. REQUERIDO: ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE SU NOMBRE COMO APARECE EN SU LICENCIA DE CONDUCIR O EN OTRA IDENTIFICACIÓN CON FOTO. ESCRIBA N/A EN LA CASILLA SI		
NOMBRE: Susan	NOMBRE INTERMEDIO: Jane	APELLIDO: Smith

- 10 Otros nombres: Escriba en letra de molde todos los demás nombres, nombres intermedios o apellidos que haya utilizado. Los otros nombres incluyen apodos, nombres de nacimiento, nombres de soltera, etc. Si no ha utilizado ningún otro nombre, nombre intermedio o apellido, debe escribir **N/A** en la casilla apropiada. No deje ninguna casilla en blanco. (Vea los ejemplos más adelante)
Ejemplo 1 – cómo escribir dos apodos y un nombre de soltera. No se ha usado ningún otro nombre intermedio.

10. REQUERIDO: ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE TODOS LOS DEMÁS NOMBRES, NOMBRES INTERMEDIOS Y APELLIDOS QUE HAYA UTILIZADO. ESCRIBA N/A EN LA CASILLA SI NO TIENE		
NOMBRE: Sue, Susie	NOMBRE INTERMEDIO: N/A	APELLIDO: Jones

Ejemplo 2 – cuándo escribir N/A porque no se ha utilizado ningún otro nombre, nombre intermedio o apellido.

10. REQUERIDO: ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE TODOS LOS DEMÁS NOMBRES, NOMBRES INTERMEDIOS Y APELLIDOS QUE HAYA UTILIZADO. ESCRIBA N/A EN LA CASILLA SI NO TIENE		
NOMBRE: N/A	NOMBRE INTERMEDIO: N/A	APELLIDO: N/A

Vea información importante sobre cómo contestar preguntas de divulgación propia de acuerdo con la descripción para la casilla 20.

Casilla núm. Instrucciones

- 11A Debe marcar **SÍ** o **NO**. Si marca **SÍ**, debe escribir el nombre del delito, el grado (si lo tiene), el estado y la fecha de la condena (MM/DD/AAAA). Si necesita listar condenas adicionales, anexe una hoja de papel adicional al formulario de autorización de verificación de antecedentes. Incluya su nombre y toda la información requerida listada anteriormente.
- 11B Debe marcar **SÍ** o **NO**. Si marca **SÍ**, debe escribir el nombre de la acusación pendiente, el grado (si lo tiene) y el estado. Si necesita listar acusaciones pendientes adicionales, anexe una hoja de papel adicional al formulario de autorización de verificación de antecedentes. Incluya su nombre y toda la información requerida listada anteriormente.
- 12-14 Lea cada pregunta cuidadosamente antes de contestar. Debe marcar **SÍ** o **NO**. ***Pregunta 14: Permanente significa que la orden fue omitida después de una audiencia o por estipulación de las partes.**
- 15 Escriba su licencia de conducir o identificación emitida por el estado y el estado en el que fue emitida.
- 16 Si ha vivido de manera continua en el Estado de Washington sin vivir en otro estado o país durante los últimos tres años (36 meses), conteste **NO**. Si ha vivido en cualquier otro estado o país diferente al Estado de Washington durante los últimos tres años (36 meses), conteste **SÍ**.
- 17 17a – Escriba su dirección postal a la que BCCU pueda enviarle información confidencial, como una copia del resultado de su verificación de antecedentes.
17b – Escriba su dirección si es diferente a su dirección postal. Si su dirección y dirección postal son la misma, escriba **LA MISMA**.
17c – Escriba el número de teléfono en el que se le puede localizar durante el día.
18. Lea las declaraciones en la casilla 18. Su firma en la casilla 19 significa que ha leído, comprendido y aceptado las declaraciones listadas en la casilla 18.
19. Firme con su nombre como aparece en la casilla 9. Si no tiene 18 años de edad o más, un padre o tutor debe firmar por usted.
20. Escriba el mes / día / año (MM/DD/AAAA) en que firmó la casilla 19.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA RESPUESTA A PREGUNTAS DE DIVULGACIÓN PROPIA: Sus respuestas a preguntas de divulgación propia se convierten en parte de su historial de verificaciones de antecedentes y se almacenan en la base de datos del DSHS. Las divulgaciones propias son reportadas como parte de su verificación de antecedentes, como cualquier otro historial de verificación de antecedentes que recibimos. Es importante que sus respuestas a preguntas de divulgación propia sean precisas y consistentes. Se recomienda encarecidamente que responda las preguntas de divulgación propia del mismo modo cada vez que llene el formulario de autorización de verificación de antecedentes, a menos que la pregunta haya cambiado o que la respuesta anterior fuera incorrecta. También se recomienda que consulte los documentos de la acusación, registros del tribunal u otros documentos oficiales y que liste sus condenas penales, acusaciones pendientes, fechas y demás datos exactamente como aparecen en esos documentos. Si tiene preguntas sobre el proceso de verificación de antecedentes de la Unidad Central de Verificación de Antecedentes, póngase en contacto con la BCCU en bccuinquiry@dshs.wa.gov o al teléfono 360-902-7555.