

Instrucciones

Sección 1: Llenada por el AD

1. Nombre del AD, entidad acreditada y dirección postal: <i>Escribir a máquina o en letra de imprenta clara</i>	2. Teléfono del AD:
5. Contacto con: <input type="checkbox"/> Niños <input type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Ancianos	3. Fecha de comienzo del IS:
6. Las tareas, ¿incluyen conducir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	4. Cargo/puesto del IS:
7. Área de programa DHS (marcar todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Bienestar de niños <input type="checkbox"/> Salud Mental <input type="checkbox"/> Instituciones de ancianos <input type="checkbox"/> Cuidado de respiro LifeSpan <input type="checkbox"/> Cuidado de niños privado	Descripción de las tareas: Lugar de trabajo y dirección:
<input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> Oficinas para ancianos <input type="checkbox"/> Rehabilitación vocacional <input type="checkbox"/> Programa Adam Walsh <input type="checkbox"/> Voluntariado	

Sección 2: Llenada por AD/CP Revisión preliminar

8. Nombre del individuo sujeto: (Apellido, 1er, 2do nombre)	FDN: (mm/dd/aa)	N° de Seguro Social o N° de INS: (Voluntario)
9. Llenado por personal acreditado de la entidad <input type="checkbox"/> ID con foto visto <input type="checkbox"/> ID con foto no disponible Iniciales: _____		
10. ¿Huellas digitales requeridas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (marcar todas las razones que correspondan) Remitir: _____ <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Identidad <input type="checkbox"/> Reveló lic. de conducir de otro estado <input type="checkbox"/> Reveló antecedentes de otro estado <input type="checkbox"/> Adam Walsh		
Llenar 11 ó 12	11. <input type="checkbox"/> No reveló antecedentes potencialmente inhabilitantes. Período de prueba otorgado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Firma del AD/CP: Fecha: _____	
	12. Reveló antecedentes potencialmente inhabilitantes. Período de prueba otorgado (sólo por AD): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Firma del AD: Fecha: _____	

Sección 3: Información de antecedentes delictivos

13. <input type="checkbox"/> Sin antecedentes potencialmente inhabilitantes <input type="checkbox"/> Sin APS/CPS (Sólo CW)	LEDS:	Revisor:
<input type="checkbox"/> Antecedentes potencialmente Inhabilitantes <input type="checkbox"/> Existe APS/CPS (Sólo CW)	Fecha:	Fecha:
<input type="checkbox"/> Se desconoce la decisión (resultado del arresto); consultar con el IS		

Sección 4: Determinación final de aptitud

14. <input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Aprobada con restricciones _____ <input type="checkbox"/> Denegada <input type="checkbox"/> Caso cerrado _____	Firma _____ Fecha _____
---	--

Al AD o CP: Ver [Instrucciones](#). Enviar págs. 1 y 2 por fax o correo; no de ambas formas.

Instrucciones

Sección 5: Llenada por el individuo sujeto

15. Nombre del IS: (Apellido, 1er, 2do nombre)	16. FDN	17. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	18. N° de Seguro Social o de INS (Voluntario):
--	---------	---	--

19. Apellido de soltera, otros nombres usados:	20. Licencia de conducir o tarjeta de identidad Número: Estado:
--	--

21. Dirección postal Calle: Apt.: Ciudad: Estado: CP:	22. Teléfono particular o para mensajes: 23. En los últimos 5 años, ¿estuvo usted fuera de Oregon durante 60 días seguidos o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió sí, indique dónde y cuándo en los espacios de abajo.
--	---

24. Domicilio (si es diferente de la dirección postal) Calle: Apt.: Ciudad: Estado: CP:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%; text-align: center;">Ciudad / Estado / País</th> <th style="width:15%; text-align: center;">Desde (Mes/Año)</th> <th style="width:35%; text-align: center;">Hasta (Mes/Año)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Ciudad / Estado / País	Desde (Mes/Año)	Hasta (Mes/Año)												
Ciudad / Estado / País	Desde (Mes/Año)	Hasta (Mes/Año)														

25. ¿Fue usted algunas vez acusado, arrestado o condenado por algún delito? No Si

Si respondió sí, indique **todas las acusaciones, arrestos y condenas** y el resultado, cualquiera sea la fecha en que ocurrieron. Adjunte más páginas si fuera necesario.

Fecha (o estimación)	Acusación, arresto o condena	Condado	Estado	Resultado
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

26. Dé información adicional referente a los arrestos, acusaciones o condenas. (Ver instrucciones).

He leído y entiendo las instrucciones para llenar este formulario. Entiendo que se realizará un control y verificación de antecedentes delictivos sobre mí, y que la información se podrá dar a conocer a la persona mencionada en la casilla 1. Certifico que la información que he brindado es correcta y completa. Entiendo que si brindo información falsa o incompleta se me puede denegar el puesto. Entiendo que el control se puede repetir durante el tiempo que yo permanezca en el puesto.

27. Firma:	28. Fecha:
------------	------------