

Sección 1: Llenada por el CP

1. Nombre del CP, entidad acreditada y dirección postal: <i>Escribir a máquina o en letra de imprenta clara</i>		2. N° de teléfono del CP:	
		3. Fecha de inicio del IS:	
		4. Cargo/puesto del IS:	
5. Contacto con: <input type="checkbox"/> Niños <input type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Ancianos		Descripción de tareas:	
6. Las tareas, ¿incluyen conducir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
7. Área del programa de DHS: (marcar todo lo que corresponda)			
<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		<input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo <input type="checkbox"/> Oficinas para ancianos <input type="checkbox"/> Rehabilitación vocacional <input type="checkbox"/> Programa Adam Walsh <input type="checkbox"/> Voluntariado	
		Lugar de trabajo y dirección:	

Sección 2: Llenada por el 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 en 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 CP:		Fecha:
	12. <input type="checkbox"/> Reveló antecedentes potencialmente inhabilitantes. No se permite otorgar período de prueba. La CRU emite la decisión preliminar y definitiva de aptitud.		
Firma del CP:		Fecha:	

Sección 3: Información sobre antecedentes delictivos

13. <input type="checkbox"/> Sin antecedentes que puedan inhabilitar <input type="checkbox"/> Sin APS/CPS (sólo CW)		LEDS:	Revisor:
<input type="checkbox"/> Antecedentes que pueden inhabilitar <input type="checkbox"/> Con APS/CPS (sólo CW)			
<input type="checkbox"/> Se desconoce la decisión (resultado del arresto); consultar con el IS		Fecha:	Fecha:

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.

Sección 5: Llenada por el individuo sujeto

15. Nombre del IS: (Apellido, 1 ^{er} , 2 ^{do} nombre)	16. Fecha de nac.	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: _____ Depto.: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ Estado: _____	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"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió sí, indique dónde y cuándo en los espacios de abajo:															
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">Ciudad / Estado / País</th> <th style="width:20%;">Desde (mes/año)</th> <th style="width:30%;">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)														

24. Domicilio (si es diferente de la dirección postal) Calle: _____ Depto.: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ Estado: _____	
---	--

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

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: