



Departamento de Educación y
Cuidado en la **Primera Infancia** de
Nuevo México

SOLICITUD DE COMPROBACIÓN DE ANTECEDENTES – HOGAR LICENCIADO

Tipo de Aplicación: (marque una casilla)		Número de identificación de registro de huellas dactilares _____							
<input type="checkbox"/> Cuidador primario									
<input type="checkbox"/> Empleado para _____ (Nombre del cuidador primario)									
<input type="checkbox"/> Miembro del hogar _____ (Nombre del cuidador primario)									
1. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE:									
Primer nombre:	Nombre intermedio:	Apellido:	Por favor incluya cualquier alias /AKA						
<input type="checkbox"/> Sin nombre intermedio <input type="checkbox"/> Inicial solamente									
Dirección física:	Dirección postal: <input type="checkbox"/> Igual que dirección física								
Ciudad, estado y código postal:	Ciudad, estado y código postal:								
Número de teléfono primario:	Número del Seguro Social:								
Número de teléfono secundario:	Fecha de nacimiento:								
Idioma principal	Fecha de nacimiento:	Sexo: (marque una opción)	Estado civil: (marque una opción)						
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a						
2. INFORMACIÓN SOBRE MIEMBROS ACTUALES DEL HOGAR									
Si necesita más espacio, use una hoja de papel separada.									
Primer nombre:	Nombre intermedio:	Apellido:	Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	Relación o parentesco:	Sexo(H/M)			
1.									
2.									
3.									
4.									
3. Historial de empleo (últimos diez años; incluya fechas de empleo / explique las deficiencias en el empleo)				4. Historial de educación (incluya primero los más recientes) (Universidad, colegio, capacitación vocacional y escuela secundaria)					
Nombre del empleador		Fechas de empleo		Nombre de la institución		Fechas en que asistió			
a.				a.					
b.				b.					
c.				c.					
d.				d.					
Incluya hojas adicionales si es necesario				Incluya hojas adicionales si es necesario					
5. INFORMACIÓN COLATERAL QUE SE USARÁ PARA DETECCIÓN DE ABUSO / DESCUIDO:									
Direcciones anteriores para los últimos cinco años. Si necesita más espacio, use una hoja de papel separada.									
Dirección (calle y número):				Ciudad:		Estado:		Código postal:	
a.									
b.									
c.									
d.									
Solo para uso oficial - Debe ser firmado por un representante del ECECD									
APROBACIÓN DE LA LICENCIA DE CUIDADO: <i>Esta solicitud ha sido revisada de conformidad con las normas aplicable que figuran en la sección 8.8.3 del NMAC, Controles de antecedentes y Verificación de la Historia del Empleo, y se ha determinado que se concede a este solicitante la elegibilidad de control de accedentes que cualquier cambio en esta solicitud debe ser informada inmediatamente para determinar que el solicitante sigue cumpliendo los criterios establecidos en la sección 8.8.3 del NMAC.</i>									
_____				_____					
Representante del ECECD				Fecha					

NOMBRE: _____ NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL _____

6. TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QU HAN VIVIDO CON USTED EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS (incluye lista de todos los adultos y niños)

Primer nombre: Nombre intermedio: Apellido: Número del Seguro Social: Fecha de nacimiento: Relación o parentesco: Sexo(H/M)

a.

b.

c.

d.

Incluya hojas adicionales si es necesario

7. INTERACCIÓN CON EL ECECD

a. ¿Se le ha negado una revisión de antecedentes de otra agencia estatal o federal de licencias de cualquier tipo?

_____ Sí. _____ No.

En caso afirmativo, debe proporcionar una explicación detallada de las circunstancias.

b. ¿Alguna vez fue sometido/a una investigación del ECECD o de otra agencia de servicio social por abuso o descuido de niños o adultos, como presunto autor o responsable miembro del hogar? Nota: Si no entiende esta pregunta, busque aclaraciones. En no responder a esta pregunta con la verdad puede conducir a una negación de su aplicación.

_____ Sí. _____ No.

En caso afirmativo, debe proporcionar una explicación detallada de las circunstancias de cada investigación, fecha y el resultado.

8. INTERACCIÓN CON APLICACIÓN DE LA LEY

¿Alguna vez te acusaron, arrestado o condenaron por un delito?

_____ Sí. _____ No.

En caso afirmativo:

¿Cuándo? _____

¿Dónde? _____

Lista el nombre del crimen por el que fuiste acusado:

¿Cuál era la disposición (resultado)? Por favor, adjunte una copia de la disposición judicial.

Explique las circunstancias que rodean la acusación, penal, detención o condena penal:

9. FIRMA DEL SOLICITANTE

Entiendo que la información presentada se utilizara para realizar una comprobación de antecedentes apoyada por el FBI y yo, _____, por ello afirman bajo de perjurio que todas las respuestas dadas a esta declaración son verdaderas y exactas a mi entender. Al firmar esta afirmación, estoy reconociendo que cualquier falsedad, omisión o respuestas intencionalmente engañosas serán motivo para negar mi solicitud. Si no entiendo ninguna de las preguntas, buscaré ayuda y pediré más información.

Firma del solicitante

Fecha