



SOLICITUD DE COMPROBACIÓN DE ANTECEDENTES – HOGAR REGISTRADO

Tipo de hogar: (marque una casilla) <input type="checkbox"/> Hogar registrado – Subvenciones y Alimentos <input type="checkbox"/> Hogar registrado - Solo Alimentos	Tipo de cuidador: (marque una casilla) <input type="checkbox"/> Cuidador primario <input type="checkbox"/> Cuidador sustituto	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px;"> Número de identificación de la huella digital _____ </div>
Nombre del Cuidador Primario: _____		
1. Por favor elija un patrocinador de alimentos: (SOLAMENTE cuidador primario)		
Patrocinador: Dirección:	Representante: Ciudad/estado:	Teléfono: Código Postal:
2. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE / CUIDADOR:		
Primer nombre: <input type="checkbox"/> Sin nombre intermedio <input type="checkbox"/> Inicial solamente	Nombre intermedio:	Apellido:
Por favor incluya cualquier alias /AKA		
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 primario	Fecha de nacimiento:	Sexo: (marque una opción) Masculino Femenino
Estado civil: (marque una opción) Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a		
3. INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS ACTUALES DE LOS HOGARES ADULTOS 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.		
4. Historial de empleo (últimos diez años; incluya las fechas de empleo / explique las deficiencias en el empleo)		5. Historial de educación (incluya primero los más recientes) (Universidad, escuela superior, formación profesional y secundaria)
Nombre del empleador	Fechas empleadas	Nombre de la institución
Fechas asistidas		
a.		a.
b.		b.
c.		c.
d.		d.
Incluya hojas adicionales si es necesario		Incluya hojas adicionales si es necesario
6. INFORMACIÓN COLATERAL QUE SE USARÁ PARA DETECCIÓN DE ABUSO / DESCUIDO:		
Direcciones anteriores durante 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 ATENCIÓN REGISTRADA: <i>Esta solicitud ha sido revisada de conformidad con las reglamentaciones aplicables contenidas en la sección 8.8.3 del NMAC, Disposiciones generales que rigen las verificaciones de antecedentes y la verificación del historial de empleo, y se ha tomado la determinación de conceder a este solicitante la Elegibilidad para la Verificación de Antecedentes. Todo cambio a esta solicitud se debe informar de inmediato al ECECD para que se tome la determinación de si el solicitante continúa cumpliendo los criterios establecidos en la sección 8.8.3 del NMAC.</i>		
_____ Representante de ECECD		_____ Fecha

NOMBRE: _____ NÚMERO del SEGURO SOCIAL _____

7. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE HAYAN VIVIDO CON USTED DENTRO DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS (incluya 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 si es necesario

8. INTERACCIÓN CON EL ECECD

a. ¿Alguna vez le han negado una revisión de antecedentes de la ECECD u otra agencia estatal o federal de licencias de algún tipo?

_____ Sí. _____ No.

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

b. ¿Ha sido objeto alguna vez de una investigación de la ECECD u otra agencia estatal de servicios sociales sobre abusos o descuido de niños o adultos como presunto autor o miembro del hogar? Nota: Si no entiende esta pregunta, busque aclaraciones. La falta de respuesta a esta pregunta puede dar lugar a la denegación de su solicitud.

_____ Sí. _____ No.

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

9. INTERACCIÓN CON LAS AUTORIDADES DE LA LEY

¿Alguna vez te acusaron, arrestaron o condenaron por un crimen?

_____ Sí. _____ No.

En caso afirmativo:

¿Cuándo? _____

¿Dónde? _____

¿Lista el nombre del crimen o delitos que se le acusó?:

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

Explique las circunstancias que rodearon cada acusación, detención o condena penal:

10. FIRMA DEL SOLICITANTE

Entiendo que la información presentada se utilizará para realizar una comprobación de antecedentes de FBI y yo, _____, por el presente afirmo bajo pena de perjurio que todas las respuestas dadas en esta declaración son verdaderas y exactas, según mis conocimientos. Al firmar esta afirmación, reconozco que toda falsedad, omisión o respuesta intencionalmente engañosa será motivo para negar mi solicitud. Si no entiendo ninguna de las preguntas, buscaré ayuda y pediré más información.

Firma del solicitante

Fecha



DECLARACIÓN ESCRITA DE ADULTOS - HOGAR REGISTRADO

Nombre de los proveedores primarios: _____

Dirección del proveedor primario: _____

Miembro del hogar

Paso mucho tiempo en el hogar del proveedor primario

Número de identificación de la huella
digital
(NO ES NECESARIO EN LA CASA SOLA DE
ALIMENTOS)

1. INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO:

Primer nombre: _____ Nombre intermedio: _____ Apellido: _____ Por favor incluya cualquier alias /AKA

Número del Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Número de teléfono: _____

2. ESTADO CIVIL ACTUAL

Soltero/a _____ Casado/a _____ Separado/a _____ Divorciado/a _____ Viudo/a _____

3. DIRECCIÓN ACTUAL

4. DIRECCIONES ANTERIORES (en los últimos cinco años, los últimos primeros, incluyen direcciones y fechas completas que usted residía allí)

a. _____

b. _____

c. _____

Incluya hojas adicionales si es necesario

5. HISTORIA DEL EMPLEO (últimos diez años anteriores se incluyen las fechas de empleo/explicación de las deficiencias en el empleo)

Nombre del empleador _____ Fechas empleadas _____

a. _____

b. _____

c. _____

d. _____

6. HISTORIA ESCOLAR (primero, la lista más reciente)

(Universidad, escuela superior, formación profesional y secundaria)

Nombre de la institución _____ Fechas asistidas _____

a. _____

b. _____

c. _____

d. _____

7. TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE HAN VIVIDO CON USTED EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS (Lista todos los adultos y niños)

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

a. _____

b. _____

c. _____

Incluya hojas adicionales si es necesario

8. INTERACCIÓN CON EL ECECD

¿Alguna vez le han negado una revisión de antecedentes de la ECECD u otra agencia estatal o federal de licencias de algún tipo?

Sí. _____ No. _____

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

¿Alguna vez fue sometido/a a una investigación del ECECD o de otra agencia de servicio social por abuso o abandono de menores o adultos, en carácter de presunto responsable o miembro del hogar? Nota: Si no entiende esta pregunta, solicite aclaración. El no responder esta pregunta en forma veraz puede dar lugar al rechazo de su solicitud.

Sí. _____ No. _____

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

9. INTERACCIÓN CON LAS AUTORIDADES POLICIALES

¿Alguna vez ha sido acusado, arrestado, condenado por un crimen? Nota: Si no entiende esta pregunta, busque aclaraciones. La falta de respuesta a esta pregunta puede dar lugar a la denegación de su solicitud.

Sí. _____ No. _____

En caso afirmativo: Cuándo _____

¿Dónde? _____

¿Lista el nombre del crimen o delitos que se le acusó?:

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

Explique las circunstancias que rodearon cada acusación, detención o condena penal:

10. FIRMA

Entiendo que la información presentada se utilizará para realizar una comprobación de antecedentes de FBI y yo, _____, por el presente afirmo bajo pena de perjurio que todas las respuestas dadas en esta declaración son verdaderas y exactas, según mis conocimientos. Al firmar esta afirmación, reconozco que toda falsedad, omisión o respuesta intencionalmente engañosa será motivo para negar mi solicitud. Si no entiendo ninguna de las preguntas, buscaré ayuda y pediré más información.

Firma del adulto

Fecha