

Información del centro

Nombre _____

Dirección postal _____

Ciudad Estado Código postal

Dirección física del servicio de los solicitantes _____

DECLARACIÓN ESCRITA DEL SOLICITANTE



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

INSTRUCCIONES: Todas las preguntas deben responderse en forma completa y según su mejor saber y entender. Las respuestas que se dejen en blanco podrán dar lugar al rechazo de la solicitud.

Número de registro de huellas dactilares: _____

Nombre completo

Primer nombre _____

Nombre intermedio Sin nombre intermedio

Apellido _____

Dirección física actual

Dirección _____

Dirección (opcional) _____

Ciudad Estado Código postal

Alias
(nombre de nacimiento, nombre(s) de casado, apodos)

Dirección postal Igual que dirección física

Dirección _____

Dirección (opcional) _____

Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento

Número del Seguro Social Ninguno

Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)

Idioma primario

Información de contacto

Número de teléfono primario

Número de teléfono secundario (opcional)

Direcciones anteriores (de los últimos cinco años, primero el más reciente; incluye calle, número, ciudad, estado, código postal) Si necesita más espacio, use una hoja de papel separada.

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Estado civil actual (marque una opción): Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Esposo/a actual/Significativo (primer nombre, nombre intermedio y apellido)

_____ Fecha de nacimiento _____ Número del Seguro Social _____

Nombre(s) completo(s) y fecha(s) de nacimiento de: Hijos biológicos, hijos adoptados, hijos de crianza y otros niños que hayan vivido en su(s) hogar(es) en los últimos cinco años (si necesita más espacio, use una hoja de papel separada)

Primer nombre	Nombre intermedio	Apellido	Fecha de nacimiento (mes, día, año)

Nombre(s) completo(s) y fecha(s) de nacimiento: de todos los adultos que han vivido con usted (en los últimos cinco años) (si necesita más espacio, use una hoja de papel separada)

Primer nombre	Nombre intermedio	Apellido	Fecha de nacimiento (mes, día, año)

--	--	--	--

Nombre(s) completo(s) y fecha(s) de nacimiento: de todos los adultos que actualmente vivan con usted (si necesita más espacio, use una hoja de papel separada)

Primer nombre	Nombre intermedio	Apellido	Fecha de nacimiento

Nombres y lugares de la escuela(s) asistida(s), junto con las fechas de graduación (escuela secundaria, universidad, colegio y capacitación vocacional) (si necesita más espacio, use una hoja de papel separada)

Nombre de la escuela	Ubicación de la escuela	Fecha de graduación	Tipo (escuela secundaria, colegio, etc.)

Historial de empleo (últimos diez años; incluya las fechas de empleo / explique las deficiencias en el empleo) (si necesita más espacio, use una hoja de papel separada)

Empleador	Fecha de comienzo	Fecha final	Explique la interrupción del empleo

SI NO ENTIENDE ESTAS PREGUNTAS, ¡POR FAVOR BUSQUE ORIENTACIÓN ANTES DE CONTESTARLAS!

¿Ha estado involucrado alguna vez en una investigación del CYFD sobre abusos o descuido de niños o adultos como presunto autor o miembro del hogar? En caso afirmativo, proporcionar fechas de todas esas investigaciones y resultados de esas investigaciones. **NOTA: La falta de información puede dar lugar a la denegación de su solicitud.**

Sí, he estado involucrado en una investigación del CYFD (o de otra agencia de servicio de protección) de abusos o descuido de niños o adultos como presunto autor o miembro del hogar (facilite detalles).

No, nunca he estado involucrado en una investigación del CYFD (u otra agencia de servicio de protección) de abuso o descuido de niños o adultos, como presunto autor o miembro del hogar.

¿Alguna vez se te acusaron o condenaron por un crimen? **NOTA: El hecho de no facilitar esta información puede conducir a la denegación de su aplicación.**

Sí, me han acusado/a, de arrestado/a o condenado/a por un crimen (Proporcione una explicación y disposición).

No, nunca me han acusado/a, arrestado/a o condenado/a por un crimen.

Entiendo que la información presentada se utilizará para realizar una comprobación de antecedentes apoyada por el FBI y yo, _____, por la presente afirmaré bajo pena de perjurio que todas las respuestas dadas en 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: _____

FECHA: _____



DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del centro o programa

Dirección postal

Ciudad Estado Código postal

Dirección física del empleo del solicitante

Yo, _____, representante autorizado, lo atestigua _____ es un solicitante de empleo, un empleado, un contratista o voluntario con nuestra organización. Este solicitante, empleado, contratista o voluntario requiere una comprobación de antecedentes de la ECECD de conformidad con la sección 8.9.6 del NMAC (Código Administrativo de Nuevo México) y tiene responsabilidades directas de atención o posibles accesos sin supervisión a los beneficiarios de la atención. Entiendo que, al firmar esta declaración, nuestra organización renuncia a cualquier afirmación de que este solicitante, empleado, contratista o voluntario no tiene responsabilidades directas de atención o no tiene acceso sin supervisión potencial a los beneficiarios de atención en case de que se determine que es un riesgo irrazonable y se niegue la admisibilidad de la comprobación de antecedentes.

También confirmo que nuestra organización tiene o podría tener la custodia primaria de los niños durante veinte horas o más por semana.

Firma del representante del empleador

Título

Número de teléfono

Número de fax

Dirección de correo electrónico

Fecha