Estado de Illinois - Departamento de Servicios Humanos y
Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois

AUTORIZACIÓN PARA REVISIÓN DE ANTECEDENTES

Antes De Completar el Formulario, Lea las Instrucciones al Reverso,

INFORMACIÓN PERSONAL

1

Apellido, Nombre, Inicial Segundo Nombre	Número de Seguro Social o ITIN

2

Yo soy el/la: ☐ **Proveedor** ☐ **Miembro del Hogar (13 ños o más)**

Sólo marque "Pariente del Niño" si tiene parentesco con TODOS los niños en el cuidado: ☐ **Pariente del Niño** ☐ **No Soy Pariente del Niño**

Seleccione su tipo de cuidado:
(Sólo marque uno)

☐ Empleado de Centro Exento de Licencia 761
☐ Hogar Excento de Licencia 764
☐ No-Pariente en el Hogar del Niño 766
☐ Hogar de Pariente Excento de Licencia 765
☐ Pariente en el Hogar del Niño 767

DIRECCIÓN Y TELEFONO ACTUALES:

Calle / Apto.#: _____

Ciudad/Estado: _____

Zona Postal: _____ Condado: _____

Teléfono (Incluya Código de Area) _____

¿Ha vivido usted fuera de Illinois en los últimos 3 años? ☐ Sí ☐ No

Indique apellidos Previos / de soltera:

_____

_____

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Edad	Lugar de Nacimiento (Ciudad y Estado)	Ciudadanía (País)	Sexo	Estatura Ft. In.	Peso (lbs.)	Pelo (color)	Ojos (color)	Piel Tono	Raza
___ - ___ - ____			☐ EE.UU. ☐ Otro, Especifique _____	☐ M ☐ F						

3

Yo certifico que he leído y entiendo la Autorización / Certificación indicada al reverso de la página de este formulario.

¿Ha sido alguna vez el perpetrador o responsable en una investigación de abuso / negligencia de niños? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sido alguna vez convicto de algún delito aparte de violaciones de tránsito? ☐ Sí ☐ No

FIRMA FECHA

4

RESULTADO DE LA REVISIÓN DE ANTECEDENTES

RESULTADOS DE ANTECEDENTES

Resultado de Ofensa Sexual en Illinois: _____

SORS Nacional si aplica: _____

Resultado CANTS (Incluyendo fuera del Estado, si aplica): _____

Policia del Estado de Illinois: _____

Resultado del FBI, si aplica: _____

PARA USO DE LA OFICINA CENTRAL DE LICENCIAS

Núm.SID _____

Registrado - BC: _____

5

PARA SER COMPLETADO POR EL CCR&R

Este formulario de autorización no se procesará sin que se complete esta sección.

Nombre Completo del Proveedor _____

Número Seguro Social del Proveedor _____

Dirección: _____

Ciudad / Estado: _____ Zona Postal: _____

Agencia CCR&R : _____

Núm. de Identificación de CCR&R _____

Nombre del Trabajador(a) _____

Número de Teléfono del Trabajador(a) _____
Incluya código de área

Autorización para Huellas Digitales: _____

Fecha de las Huellas Digitales: _____

Resultado de Búsqueda en Base de Datos

¿Se encontró el Nombre en la Base de Datos? ☐ Sí ☐ No

Núm. de Investigación

AUTORIZACIÓN PARA REVISIÓN DE ANTECEDENTES

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO IL444-4194/CFS 718-LE
AUTORIZACIÓN PARA REVISIÓN DE ANTECEDENTES

¿Quién debe usar este formulario? Todas las personas de 13 años de edad y mayores, como parte de una solicitud para proveer cuidado de niños o guardería, o cualquier persona que será empleado por un centro de cuidado de niños exento de licencia tiene que completar este formulario.

SECCIÓN 1, 2 Y 3 - Escriba toda la información en letra de molde excepto su firma. Seleccione el parentesco y tipo de cuidado que usted proporciona.

Nombre: Debe incluir el nombre y apellido actual y nombres y apellidos previos usados por el individuo. Si no hay otros nombres, escriba "ninguno".
Número de Seguro Social o ITIN: No se procesará este formulario sin el número de seguro social completo.
Raza: Escriba todos los códigos que aplican

BL/AA: Negro o Afro Americano
HISP ORG: Origen Hispano
WHITE: Blanco
UNDET: No Determinado
ASIAN: Asiático
NH/PI: Nativo de Hawaii u Isleño del Pacífico
AI/AN: Indio Americano o Nativo de Alaska

Cada persona debe responder las preguntas: "¿Ha sido usted el perpetrador o persona responsable en una investigación de abuso / negligencia de niños?" y "¿Ha sido alguna vez convicto de algún delito aparte de violaciones de tránsito?"
La persona que completa la información de identificación debe firmar y fechar el formulario. Por favor lea la siguiente autorización antes de firmar.

AUTORIZACIÓN / CERTIFICACIÓN

Yo autorizo al Departamento de Servicios Para Niños y Familias de Illinois, llevar a cabo una investigación y determinar si yo he sido acusado de algún delito, y si es así, la disposición de esos cargos. Autorizo al Departamento que solicite información y asistencia del Departamento de Justicia de los EE. UU. y del Departamento de Cumplimiento de la Ley de Illinois para llevar a cabo esta investigación. Autorizo a que el Departamento realice búsquedas periódicas en el Sistema de Rastreo de Abuso y Negligencia de Niños para determinar si yo he sido un perpetrador o persona responsable de un incidente "indicado" de abuso o negligencia de niños de acuerdo con el Acta de Informes sobre Abuso y Negligencia de Niños. La revisión de antecedentes sobre abuso y negligencia de niños y la investigación de antecedentes penales puede ser usado para considerar una solicitud para recibir fondos del programa de asistencia para cuidado de niños, o para un posible empleo en un lugar para cuidado de niños exento de licencia. Las personas entre 13-16 años de edad que firman este formulario autorizan una investigación CANTS y LEADS solamente y no están sujetos a hacerse las huellas digitales.

Entiendo que la información obtenida como resultado de mi autorización para esta investigación es confidencial y puede ser compartida solamente con mi empleador, empleador potencial o con los empleados de CCR&R, de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables y regulaciones de DCFS. Además, certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta. Reconozco que la falsificación de alguna información provista al reverso de este formulario y / o los resultados de la revisión de antecedentes pueden ser motivo suficiente para negar mi solicitud y participación en el programa de asistencia para cuidado de niños como proveedor de cuidados exento de licencia o puede resultar en terminación de mi empleo.