PARTE DE ATRÁS
A ser completado por **Cliente HSP**

INFORMACIÓN DEL CLIENTE:

NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE MOLDE (incluyendo segundo nombre):

_____
Primer Segundo Apellido

FIRMA: _____ FECHA: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL COMPLETA: _____
Número de Calle/P.O. Box Nombre de Calle

_____
Ciudad Estado Código Postal Condado

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

NÚMERO DE CASO DE SERVICIOS AL HOGAR: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Si usted quiere recibir el informe por correo electrónico, favor de incluir una dirección válida de correo electrónico en el inciso anterior

Favor de tener en cuenta que no podremos procesar una investigación de antecedentes penales sin su Número de Caso de Servicios al Hogar.

DEVOLVER LA SOLICITUD COMPLETADA A:
Mind Your Business, Inc
500 Beverly Hanks Center
Hendersonville, NC 28792
Tel: (828) 698-9900
Fax: (828) 698-9918

MYB
MIND YOUR BUSINESS

PARTE DE AL FRENTE
A ser completado por **ASISTENTE PERSONAL**

AUTORIZACIÓN Y RELEVO PARA LA OBTENCIÓN DE UN INFORME DEL CONSUMIDOR O INVESTIGATIVO

Yo, el cliente suscribiente, por la presente autorizo a _____, por y a través de su contratista independiente MIND YOUR BUSINESS, INC. ("MYB"), a obtener un informe del consumidor o investigativo sobre mi persona.

Los informes mencionados arriba pueden incluir, pero no están limitados a, una verificación del número de seguro social; récord/historial criminal y/o civil; y cualquier otro récord público; y cualquier otra información relacionada a mi posición crediticia, capacidad crediticia, solvencia, carácter, reputación general, características personales, credibilidad y/o modo de vivir.

Yo entiendo que tengo derecho a una divulgación completa y precisa de la naturaleza y alcance de cualquier informe investigativo del consumidor preparado a base de mi solicitud escrita a MYB que sea preparado dentro de un término razonable a partir de la presente fecha.

Más aún, yo autoriza a cualquier persona, entidad de negocio o agencia gubernamental que pueda tener información relevante sobre lo anterior a divulgar la misma a MYB, incluyendo pero no limitado a, cualquier tribunal, cualquier agencia pública, cualquier o toda agencia de ley y orden, y cualquier y toda agencia de crédito, independientemente de que dicha persona, entidad de negocio o agencia gubernamental recopiló la información por su cuenta o la recibió de otras fuentes, ***incluyendo información sobre consumo de alcohol y sustancias controladas de patronos anteriores***.

Por la presente relevo a MYB y a cualquier y todas las personas, entidades de negocios y agencias gubernamentales, ya sean públicas o privadas, de cualquier y toda responsabilidad, reclamación, de cualquier tipo, por mí, mis herederos u otros haciendo dichas reclamaciones a nombre o en representación mía, por obtener, vender, proveer, negociar y/o asistir con la compilación o preparación del informe de consumidor y/o el informe investigativo del consumidor aquí autorizado.

NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE MOLDE (incluyendo segundo nombre):

_____
Primer Segundo Apellido

FIRMA: _____ FECHA: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL COMPLETA: _____
Número de Calle/P.O. Box Nombre de Calle

_____
Ciudad Estado Código Postal Condado

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO: _____

NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR: _____ ESTADO QUE EMITE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ GÉNERO: _____

* **Esta información es voluntaria. No obstante, sin esta información, nosotros no podremos identificarlo apropiadamente en la eventualidad de que encontremos información adversa durante el curso de la investigación sobre sus antecedentes.**