



## REGISTRO DE PERSONAS APROBADAS (*TRUSTLINE* REGISTRY)

### El registro de California de los proveedores de cuidado de niños en el hogar Solicitud subsidiada



#### ¿QUÉ ES EL REGISTRO DE *TRUSTLINE*?

El Registro de Personas Aprobadas (*TrustLine*) fue creado por la Legislatura del Estado de California para ofrecerles a los padres, a las oficinas de empleo, a los programas de recursos e información sobre el cuidado de niños, y a los proveedores de cuidado de niños, acceso a un sistema de revisión de antecedentes penales dirigida por el Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS). Esta revisión incluye verificaciones del Sistema de California sobre Antecedentes Penales y de la Lista Central de Personas con Antecedentes de Abuso de Niños (CACI) del Departamento de Justicia de California (DOJ); y de los registros de la Oficina Federal de Investigaciones (FBI). El CDSS mantiene el Registro de *TrustLine* y se puede verificar por medio de la Red de Recursos e Información sobre el Cuidado de Niños en California (CCCRN) llamando al 1-800-822-8490.

El CDSS, la CCCRN, los programas locales de recursos e información sobre el cuidado de niños, los padres, y los proveedores de cuidado de niños han colaborado juntos para desarrollar el Registro de *TrustLine*. El Registro de *TrustLine* está compuesto de proveedores de cuidado de niños quienes han entregado una solicitud al CDSS y sus huellas digitales al Departamento de Justicia para el proceso de aprobación de sus antecedentes. Las personas cuyos nombres aparecen en *TrustLine* no tienen 1) condenas criminales que aparezcan en el Sistema de California sobre Antecedentes Penales que las descalifiquen; 2) reportes comprobados de abuso de niños que aparezcan en la CACI; ni 3) condenas criminales que aparezcan en el sistema sobre antecedentes penales de la FBI que las descalifiquen. Todos los reportes de abuso de niños que aparezcan en la CACI se confirmarán con las oficinas locales para la protección de niños, antes de que se tomen en consideración al evaluar a un solicitante para *TrustLine*.

*TrustLine* es para los padres que utilizan a proveedores de cuidado de niños en el hogar y proveedores que están exentos de tener una licencia; oficinas de empleo; servicios de transporte y acompañamiento; y educadores y consejeros que proporcionan sus servicios en el hogar. Un proveedor de cuidado de niños en el hogar proporciona el cuidado en el hogar del niño (es decir, niñeras y personas que cuidan a los niños a cambio de comida y alojamiento). Un proveedor de cuidado de niños exento de tener una licencia es una persona que proporciona cuidado de niños en su propia casa y no se le requiere que tenga una licencia del CDSS.

CDSS = California Department of Social Services

CACI = Child Abuse Central Index

DOJ = California Department of Justice

CCCRN = California Child Care Resource and Referral Network

Sistema de California sobre Antecedentes Penales = California Criminal History System

#### CÓMO *TRUSTLINE* BENEFICIA A LOS PADRES

Los padres saben que tienen que ser muy cuidadosos cuando seleccionan a una persona para que cuide o transporte a sus niños. Entrevistan a la persona cuidadosamente, verifican las recomendaciones de las personas que la emplearon anteriormente, y usan su buen juicio al evaluar el carácter moral del proveedor. El Registro de *TrustLine* les proporciona a los padres un instrumento más que pueden usar cuando es hora de elegir a un proveedor de cuidado de niños.

Los padres pueden llamar a la CCCRN al 1-800-822-8490 entre las 9:00 de la mañana y las 5:00 de la tarde, de lunes a viernes, para determinar si el proveedor de cuidado de niños que están considerando está registrado en *TrustLine*. Si la persona todavía no está registrada en *TrustLine*, se le proporcionará información sobre cómo un proveedor de cuidado de niños puede presentar su solicitud para que se le incluya en *TrustLine*.

#### CÓMO *TRUSTLINE* BENEFICIA A LOS PROVEEDORES

Cuando usted se entrevista con los padres de los niños que piensa cuidar, responde a sus preguntas y proporciona referencias. Cuando su nombre aparece en el Registro de *TrustLine*, usted les ofrece a los padres una seguridad adicional y demuestra que usted es una persona que toma en serio su profesión como proveedor de cuidado de niños.

Si en el Sistema de California sobre Antecedentes Penales no se encuentran condenas criminales que lo descalifiquen, y no se encuentran reportes comprobados de abuso de niños en la Lista Central de Personas con Antecedentes de Abuso de Niños, su nombre se incluirá en el Registro de *TrustLine*, mientras se completa la revisión de la FBI pendiente. Si su nombre no aparece en el Registro de *TrustLine* debido a información que lo descalifica porque tiene un historial penal o debido a un reporte comprobado de abuso de niños, el CDSS ofrece un proceso de apelación para permitirle a usted que demuestre su buen carácter moral. Si la apelación se decide a su favor, su nombre se incluirá en el Registro de *TrustLine*.

Cuando usted esté registrado en *TrustLine*, el no notificar al Programa del Registro de *TrustLine* sobre un cambio en su dirección que usa para el correo antes de que pasen 10 días a partir de la fecha en que se mudó, causará que su nombre se quite del Registro.

**Para más información, llame a *TRUSTLINE* al 1-800-822-8490.**

## CÓMO PRESENTAR LA SOLICITUD

Para ser incluido en el Registro de *TrustLine*, usted tiene que completar la solicitud adjunta, incluyendo la “Declaración sobre antecedentes penales para el Registro de Personas Aprobadas (*TrustLine Registry*)” (TLR 508). Por favor siga las instrucciones a continuación para tomarse las huellas digitales a través del proceso de *Live Scan* (un sistema de tomar las huellas digitales en imagen computarizada), el proceso de transferencia, o el proceso que solamente aplica a personas que están fuera del Estado.

**PROCESO DE LIVE SCAN** - Complete esta solicitud (TLR 1). Haga una cita para el escaneo de sus huellas digitales en un sitio de *Live Scan* del Departamento de Justicia. (Para una lista de los sitios de *Live Scan*, diríjase al sitio web <http://caag.state.ca.us/fingerprints/index.htm>.) Lleve esta solicitud consigo al sitio de *Live Scan*. Después de que hayan escaneado sus huellas digitales en un sitio de *Live Scan*, presente la solicitud completada de *TrustLine* (TLR 1) y la “Declaración sobre antecedentes penales para el Registro de Personas Aprobadas (*TrustLine Registry*)” (TLR 508) a la dirección que se encuentra en la sección 11 de la solicitud de *TrustLine*, o llame a la CCCRRN al **1-800-822-8490** para información.

La mayoría de las oficinas encargadas del cumplimiento de la ley van a requerir que se use el formulario “Petición para que se tomen las huellas digitales electrónicamente (*Live Scan*) para solicitantes subsidiados para el Registro de *TrustLine* (TLR 9163). Así que, lleve consigo la solicitud de *TrustLine* (TLR 1) y dos copias del formulario TLR 9163 cuando vaya a tomarse las huellas digitales. La oficina encargada de hacer cumplir la ley se quedará con una de las copias del formulario TLR 9163 para sus expedientes.

Si no lleva su solicitud consigo a la cita para tomarse las huellas digitales, no se las tomarán.

### Cuotas para el proceso:

- Sitio de *Live Scan* autorizado por el DOJ: Es posible que se cobre una cuota.
- Sitio de *Live Scan* de la policía o del comisario: La única cuota que se cobrará será el costo de tomar o escanear las huellas digitales. Esta cuota varía dependiendo del sitio y se paga a la oficina encargada del cumplimiento de la ley. No se cobrará ninguna otra cuota.

**PROCESO DE TRANSFERENCIA** - Si usted actualmente tiene licencia de la División de Licenciamiento para Ofrecer Cuidado en la Comunidad, o trabaja en un establecimiento con licencia de dicha División, puede transferir la aprobación de sus antecedentes de esa División al Programa del Registro de *TrustLine*. Marque las casillas apropiadas en la sección 8 y presente la solicitud completada de *TrustLine* (TLR 1) y la “Declaración sobre antecedentes penales para el Registro de Personas Aprobadas (*TrustLine Registry*)” (TLR 508), junto con una fotocopia de su tarjeta de identificación a la dirección que aparece en la sección 15 de la solicitud de *TrustLine*, o llame a la CCCRRN al **1-800-822-8490** para información. **NOTA:** No es posible hacer una transferencia de establecimientos que tienen una licencia del Condado.

**PROCESO QUE SOLAMENTE APLICA A PERSONAS QUE ESTÁN FUERA DEL ESTADO** - Complete esta solicitud (TLR 1) y la “Declaración sobre antecedentes penales para el registro de personas con antecedentes aprobados (*TrustLine Registry*)” (TLR 508). Haga arreglos para que una oficina local encargada de hacer cumplir la ley o un servicio de huellas digitales ponga sus huellas en una tarjeta de huellas digitales de *TrustLine* (FD-258). Presente la solicitud completada y la tarjeta de huellas digitales a la dirección indicada en la sección 15 de la solicitud de *TrustLine*, o llame al **1-800-822-8490** para información.

**Cuotas de tramitación:** La única cuota que se cobrará será el costo de tomar o escanear las huellas digitales. Esta cuota para tomar impresiones de las huellas digitales varía dependiendo del sitio y se paga directamente a la oficina que proporciona esa clase de servicios. No se cobrará ninguna otra cuota.



**REGISTRO DE TRUSTLINE**  
**PROGRAMA PARA LOS PROVEEDORES DE CUIDADO DE NIÑOS**  
**EN EL HOGAR/PROVEEDORES EXENTOS DE TENER UNA LICENCIA**  
**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CALIFORNIA**  
**SOLICITUD PARA LA REVISIÓN DE ANTECEDENTES**



**(Vea la siguiente página para instrucciones adicionales. Use un bolígrafo y escriba claramente con letra de molde.)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |          |                                                                                                                                  |                |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------|
| 1. NOMBRE: APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      | NOMBRE   |                                                                                                                                  | SEGUNDO NOMBRE |                      |
| 2. ANOTE TODOS LOS OTROS NOMBRES QUE HA USADO EN SU VIDA, COMO NOMBRE DE SOLTERA, ALIASES ( <i>También conocido como - AKA</i> )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |          |                                                                                                                                  |                |                      |
| 3. DIRECCIÓN RESIDENCIAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      | CALLE    | # DE APARTAMENTO                                                                                                                 | CIUDAD         | ESTADO               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |          |                                                                                                                                  |                | CÓDIGO POSTAL CONADO |
| 4. DIRECCIÓN DONDE RECIBE SU CORREO (SI ES DIFERENTE): P.O. BOX (APARTADO. POSTAL)/CALLE # DE APARTAMENTO CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL CONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |          |                                                                                                                                  |                |                      |
| 5. FECHA DE NACIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SEXO | ESTATURA | PESO                                                                                                                             | COLOR DE OJOS  | COLOR DE PELO        |
| 6a. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Voluntario)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |          | 6b. # DE IDENTIFICACIÓN O DE LICENCIA DE MANEJAR/TARJETA DE RESIDENTE LEGAL/TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE OTRO ESTADO (Requerido) |                |                      |
| 7. NÚMEROS DE TELÉFONO: (Incluya el código de área.)<br>DÍA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |          | NOCHE:                                                                                                                           |                |                      |
| 8. <b>PROCESO DE TRANSFERENCIA:</b> ¿Actualmente, tiene licencia o trabaja en un establecimiento con licencia de la División de Licenciamiento para Ofrecer Cuidado en la Comunidad del Departamento de Servicios Sociales de California, o ha trabajado en un establecimiento con licencia en los últimos tres años? <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b><br>Si la respuesta es "SI", ¿quiere usted transferir su aprobación de antecedentes penales de la División de Licenciamiento para Ofrecer Cuidado en la Comunidad a TrustLine? <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b><br>(Si la respuesta es "SI", no se requieren las huellas digitales.) Anote el número del establecimiento. <b>Número del establecimiento o de identificación personal</b> _____ (Incluya una fotocopia de la tarjeta de identificación.) |      |          |                                                                                                                                  |                |                      |

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| 9. _____            |                     |
| FIRMA (SE REQUIERE) | FECHA (SE REQUIERE) |

**10. SE TIENE QUE INCLUIR EL FORMULARIO TLR 508 COMPLETADO JUNTO CON SU SOLICITUD.**

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11. Presente esta solicitud y el formulario TLR 508 a esta dirección: | 12. <b>SÓLO para uso del CWD* Primera Etapa, y del Cal-Learn**</b><br>County: _____ County ID: <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>CalWORKs Child Care Program: Stage 1 _____ Cal Learn _____<br>Case Number(s): 1) _____ 2) _____<br>County Worker Name: _____<br>Worker Phone No: _____ Date: _____ |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

13. **Sólo para uso del Programa de Recursos e Información sobre el Cuidado de Niños/Programa de Pagos Alternativos**

Payment Program: Stage 1 \_\_\_\_\_ Stage 2 \_\_\_\_\_ Stage 3 \_\_\_\_\_ CCDBGAPP \_\_\_\_\_ GFAPP \_\_\_\_\_

County: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Child Care Resource and Referral Program: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Alternative Payment Program (including CWDs w/APP contracts with CDE and Community Colleges): \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Case number(s): 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

County Worker Name: (If Applicable) \_\_\_\_\_ Worker Phone # \_\_\_\_\_

|                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|
| <b>14. SÓLO PARA USO OFICIAL - LIVE SCAN</b>                       |  |
| ORI: A1157                                                         |  |
| Applicant Type: CalWORKs/CDE                                       |  |
| Working Title: Child Care Provider (Health & Safety Code 1596.603) |  |

|                                                           |                                                                |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>15. Agency Address Set Contributing Agency:</b>        |                                                                |
| CA Dept of Social Services                                |                                                                |
| Agency authorized to receive criminal history information | <b>03502</b>                                                   |
| P.O. Box 944243 Mail Station 9-15-57                      | Mail Code (five-digit code assigned by DOJ) <b>N/A</b>         |
| Street No. Sacramento CA 94244-2430                       | Contact Name (Mandatory for all school submissions) <b>N/A</b> |
| City State Zip Code                                       | Contact Telephone No.                                          |

|                                                                           |                         |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 16. Live Scan Transaction Completed by: Name of Operator _____ Date _____ |                         |
| Transmitting Agency                                                       | LSID#                   |
| ATI No.                                                                   | Amount Collected/Billed |

**SOLICITUD PARA EL REGISTRO DE *TRUSTLINE* - INSTRUCCIONES PARA SOLICITANTES SUBSIDIADOS**

**ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE TODA LA INFORMACIÓN, EXCEPTO LA FIRMA.** (Los números que aparecen a continuación corresponden a los números de las secciones en la solicitud.)

1. Escriba con letra de molde su nombre legal completo. No use apodos. En la solicitud y en la tarjeta de huellas digitales, el nombre escrito en letra de molde y la firma tienen que ser iguales. *NOTA: Le recomendamos que use el nombre que aparece en su tarjeta de identificación. Si su tarjeta de identificación tiene su nombre de soltera y usted está usando su nombre de casada, use el nombre de casada como el nombre principal y el nombre de soltera como un alias (también conocido como-AKA). Si su firma no aparece en la solicitud o en la tarjeta de huellas digitales, le devolveremos la solicitud.*
2. Anote todos los otros nombres que haya usado en su vida. *NOTA: Esto incluye alias como "Lupe" si se usó como nombre legal.*
3. Escriba con letra de molde la dirección completa de su residencia, incluyendo su código postal y condado. *NOTA: Tiene que escribir el nombre completo de las ciudades. No se aceptarán nombres abreviados de ciudades. Si está usando una tarjeta de huellas digitales para presentar sus huellas digitales, asegúrese de que su dirección residencial completa aparece allí.*
4. Escriba con letra de molde su dirección donde recibe su correo completa, incluyendo su código postal y condado, si es diferente de la de su residencia. **Una vez que se haya registrado, tiene que notificar al Programa del Registro de *TrustLine* de cualquier cambio en su dirección postal antes de que pasen 10 días a partir de la fecha en que se mudó; si no lo hace, se quitará su nombre del Registro de *TrustLine*.**
5. Anote la fecha de su nacimiento, sexo ("M" para masculino y "F" para femenino), estatura, peso, color de ojos, y color de pelo. *NOTA: Tiene que tener 18 años de edad o más para poder solicitar que se le incluya en el Registro de *TrustLine*.*
6. a) Anote su número de Seguro Social. De acuerdo al Decreto Federal sobre la Confidencialidad (P.L. [Ley Pública] 93-579) y al Decreto de 1977 sobre la Divulgación de Información (Sección 1798 y siguientes del Código Civil), en este formulario aparece un aviso que explica la razón por la cual se pide su número de Seguro Social. Es voluntario proporcionar el número de Seguro Social que se pide. El no proporcionar un número de Seguro Social puede retrasar la tramitación de este formulario y la revisión de antecedentes penales. La ley requiere que usted complete la revisión de antecedentes penales (Sección 1596.603 del Código de Salud y Seguridad). El Departamento creará un expediente acerca de su revisión de antecedentes penales, el cual tendrá ciertos documentos, incluyendo la información que usted proporcione. Usted tiene el derecho de tener acceso a ciertos documentos con su información personal que el Departamento mantiene (Sección 1798 y siguientes del Código Civil). De acuerdo al Decreto de California sobre Registros Públicos, es posible que el Departamento tenga que proporcionar copias de algunos de los documentos en este expediente a los miembros del público que los pidan, incluyendo a reporteros de televisión y periodistas.
- b) Anote su número de identificación, lo cual se requiere. *NOTA: Tiene que anotar uno de estos cuatro tipos de identificación: licencia de manejar de California; tarjeta de identificación de California; tarjeta de residente legal; o tarjeta de identificación con número y fotografía expedida por un estado que no sea California. Si la solicitud tiene solamente un número de Seguro Social sin uno de los cuatro tipos de identificación aceptables, se le devolverá.*
7. Anote el número de teléfono donde se le puede llamar durante el día y durante la noche.
8. **PROCESO DE TRANSFERENCIA:** Marque las casillas apropiadas "SÍ" o "NO". Si marcó "SÍ", no se requieren las huellas digitales.
9. Usted tiene que firmar la solicitud y poner la fecha. Si la firma y la fecha no se incluyen, se le devolverá la solicitud por ser incompleta.
10. **SOLICITANTE** - Usted tiene que contestar las preguntas en la **página 1 de la "DECLARACIÓN SOBRE ANTECEDENTES PENALES PARA EL REGISTRO DE PERSONAS APROBADAS (*TRUSTLINE* REGISTRY)" (TLR 508)**. Si contestó "NO" a ambas preguntas, usted tiene que: escribir con letra de molde su nombre; proporcionar su dirección, ciudad, código postal; número de Seguro Social (voluntario); número de su licencia de manejar de California o número de identificación de California; número de residente legal; o tarjeta de identificación con número y fotografía expedida por un estado que no sea California. Usted tiene que firmar y poner la fecha en la página 1. **NOTA: SI CONTESTÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS DOS PREGUNTAS, TIENE QUE COMPLETAR LA INFORMACIÓN QUE SE PIDE EN LA PÁGINA 2. TAMBIÉN TIENE QUE FIRMAR Y PONER LA FECHA EN LA PÁGINA 2.**

**DESPUÉS DE COMPLETAR LA "DECLARACIÓN SOBRE ANTECEDENTES PENALES PARA EL REGISTRO DE PERSONAS APROBADAS (*TRUSTLINE* REGISTRY)" (TLR 508), USTED TIENE QUE DEVOLVERLA A LA OFICINA CUYA DIRECCIÓN SE ENCUENTRA EN LA SECCIÓN 11. SI NO LA DEVUELVE, SU SOLICITUD SE CONSIDERARÁ INCOMPLETA. NO SE INCLUIRÁ SU NOMBRE EN EL REGISTRO DE *TRUSTLINE* HASTA QUE PRESENTE LA "DECLARACIÓN SOBRE ANTECEDENTES PENALES PARA EL REGISTRO DE PERSONAS APROBADAS (*TRUSTLINE* REGISTRY)" (TLR 508).**

**Solicitante: ¿Ha hecho lo siguiente?**

- 1) Usó exactamente el mismo nombre en la página 3 de la solicitud, en el formulario TLR 508, y en la tarjeta de huellas digitales, si es que se haya usado tal tarjeta.
- 2) Incluyó el número de identificación apropiado (por ejemplo, licencia de manejar de California).
- 3) Se tomó las huellas digitales en una tarjeta FD-258 o las presentó por medio del proceso de *Live Scan*.
- 4) Firmó y puso la fecha en la solicitud.
- 5) Completó y firmó el formulario TLR 508, incluyendo la segunda página si es necesario.

**SÓLO PARA USO OFICIAL**

11. Resource & Referral (R&R) or Payment Program (CWD or APP) address.
12. **County Welfare Offices - Instructions**
  - a) Fill in County and County I.D. number.
  - b) Place a check after the program that is funding the child care: CalWORKs Child Care Program Stage 1 or Cal-Learn.
  - c) Fill in the family's case number assigned by the County Welfare Department.
  - d) Enter the worker's name, phone number and signature on the lines provided. (If the R&R is completing this section using the TrustLine referral form, the county case worker signature is not required.)
  - e) Have applicant complete and sign the TLR 508.
13. **Resource & Referral/Alternative Payment Program - Instructions**
  - a) Place a check after the program that is funding the child care: Stage 1, Stage 2, Stage 3, CCDBGAPP (Including local FBG) and GFAPP (General Fund APP and Respite).
  - b) Complete the county, R&R and APP with appropriate I.D. numbers including the Community Colleges.
  - c) Enter the case number if the Payment Program assigns a case number for tracking purposes.
  - d) If this is a referral from CWD, include worker name and phone number.
  - e) Have the applicant complete and sign the TLR 508 and forward to CDSS along with the application.

**SÓLO PARA USO OFICIAL - LIVE SCAN**

14. Originating Response Indicator (ORI): This information is pre-printed on the form.
15. Agency Address Set Contributing Agency: This is the agency authorized to receive criminal history information. This information is pre-printed on the form. Enter billing code.
16. Live Scan Transaction Completed by: This section to be completed by the Live Scan operator.

**NOTA: TIENE QUE TRAER ESTE FORMULARIO CONSIGO EL DÍA EN QUE SE LE TOMEN LAS HUELLAS DIGITALES. SI QUIERE UNA COPIA DEL FORMULARIO PARA SUS PROPIOS EXPEDIENTES, TIENE QUE HACER UNA COPIA DEL FORMULARIO COMPLETADO Y LLEVARLO CONSIGO A SU CITA.**