

**PETICIÓN PARA QUE SE TOMEN LAS HUELLAS DACTILARES ELECTRÓNICAMENTE (LIVE SCAN) PARA SOLICITANTES PARA EL REGISTRO DE TRUSTLINE\***

**ORIGINAL**-Oficina/agencia que lo solicita  
**COPIA**-Solicitante

Presentada por el solicitante

<b>1.</b>	<b>ORI:</b> A1157				
	<b>Tipo de solicitante:</b>	<input type="checkbox"/> Empleado, Registro de TrustLine			
		<input type="checkbox"/> Voluntario, Registro de TrustLine			
<b>2.</b>	<b>Título del puesto de trabajo: Proveedor de cuidado de niños (Sección 1596.603 del Código de Salud y Seguridad) (Child Care Provider [Health and Safety Code 1596.603])</b>				
<b>3.</b>	<b>Dirección de la oficina que contribuye a esta presentación:</b>				
	CA Dept of Social Services			<b>03502</b>	
	Oficina autorizada para recibir el historial de antecedentes penales			Código para el correo (código de 5 números asignado por el DOJ)	
	744	"P" Street	(Este no es un lugar de Live Scan. Llame al 1-800-315-4507)		
	Número Nombre de la calle o apartado postal			Nombre de la persona contacto (Obligatorio para todas las presentaciones para escuelas)	
	Sacramento	CA	95814	( ) N/A	
	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono de la persona contacto	

**4. Información del solicitante:**

Nombre del solicitante: *(Por favor escriba con letra de molde.)* \_\_\_\_\_

APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL NOMBRE QUE USA EN MEDIO

AKA's \_\_\_\_\_ CDL No. \_\_\_\_\_

(Alias, otros nombres que ha usado): \_\_\_\_\_ (Número de licencia de manejar de California): \_\_\_\_\_

APELLIDO PRIMER NOMBRE

DOB (Fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_ SEXO:  Masculino  Femenino Misc. No.: BIL - NA

NÚMERO DE LA OFICINA A LA QUE SE LE DEBE COBRAR (SI ES PERTINENTE)

HT (Estatura): \_\_\_\_\_ WT (Peso): \_\_\_\_\_ Misc. No.: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TARJETA DE RESIDENTE LEGAL, LICENCIA DE MANEJAR O DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (I.D.) DE OTRO ESTADO

POB (Lugar de nacimiento): \_\_\_\_\_ Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

(Todos los solicitantes tienen que anotar esta información.)

HAIR (Pelo): \_\_\_\_\_ EYES (Ojos): \_\_\_\_\_

NÚMERO Y NOMBRE DE LA CALLE O APARTADO POSTAL

SOC No. (Número de Seguro Social): \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO, Y CÓDIGO POSTAL

(Vea la "Declaración sobre la confidencialidad" en la siguiente página)

**5. Su número:** TLR Nivel de servicio  DOJ  FBI

Si esta no es la primera vez que presenta una petición, anote el *Original ATI No.* \_\_\_\_\_

(Tiene que presentar pruebas de haber sido rechazado.)

**6. NOTA: NO APLICA A LOS SOLICITANTES PARA TRUSTLINE (NOT APPLICABLE FOR TRUSTLINE APPLICANTS)**

Employer: (Additional response for Department of Social Services, DMV/CHP licensing, and Department of Corporations submissions only)

N/A

Employer Name \_\_\_\_\_

N/A N/A

Street No \_\_\_\_\_ Street or PO Box \_\_\_\_\_ Mail Code (five-digit code assigned by DOJ) \_\_\_\_\_

N/A N/A

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ Agency Telephone No. (Optional) \_\_\_\_\_

**7. Live Scan Transaction Completed By:** \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

NAME OF OPERATOR

Transmitting Agency \_\_\_\_\_ LSID# \_\_\_\_\_ ATI No. \_\_\_\_\_ Amount Collected/Billed \_\_\_\_\_

## SOLICITANTES PARA EL REGISTRO DE TRUSTLINE

### Instrucciones para completar el formulario de petición para que se tomen las huellas dactilares electrónicamente (Live Scan)

#### A. Complete este formulario y el formulario de solicitud para TrustLine (TLR 2).

Programa una cita para que se escaneen sus huellas dactilares ya sea con un proveedor de Licenciamiento de Cuidado en la Comunidad que ofrece servicios de Live Scan llamando al **1-800-315-4507** o en un lugar del Departamento de Justicia que ofrezca Live Scan -- ya sea en el Departamento de Policía o en la Oficina del Comisario (*Sherrif*) (revise el sitio <http://caag.state.ca.us/fingerprints/index.htm>).

**1 al 3** la información ya está anotada.

**4.** Información del solicitante:

**Nombre del solicitante:** Anote con letra de molde su nombre completo (apellido, nombre, inicial del nombre que usa en medio)

**AKA's:** Otros nombres que alguna vez usted haya usado.

**CDL No:** Número de licencia de manejar o número de identificación en California.

**DOB:** Fecha de nacimiento

**SEXO:** Masculino o femenino

**MISC No.:** N/A (esto ya está anotado)

**HT:** Estatura

**WT:** Peso

**MISC No.:** Anote el número de tarjeta de residente legal, licencia de manejar o identificación fuera del Estado.

**POB:** Estado o país de nacimiento

**Dirección Residencial:** Dirección del solicitante; calle o apartado postal; ciudad, estado, código postal.

**HAIR (Pelo):** Color de pelo

**EYES (Ojos):** Color de ojos

**SOC No.:** Número de Seguro Social (Opcional, vea la "Declaración sobre la confidencialidad" que aparece a continuación.)

**5.** La información en la primera parte de la sección ya está anotada. Si ésta no es la primera vez que presenta una petición, anote el número original del ATI.

Si sus huellas dactilares fueron rechazadas y ésta no es la primera vez que presenta sus huellas, por favor anote el número original de ATI el cual aparece en la notificación de rechazo, para evitar pagar una cuota adicional de procesamiento.

**6.** La información ya está anotada.

#### B. LLAME AL LUGAR DONDE PROPORCIONAN LOS SERVICIOS DE LIVE SCAN PARA HACER UNA CITA.

**7.** "Live Scan Transaction Completed by:"

Esta sección aparece en inglés debido a que la persona encargada de proporcionar los servicios de Live Scan completará esta sección y mantendrá una copia del formulario.

**Es importante que lleve este formulario con usted el día que le van a tomar sus huellas dactilares. La persona encargada de proporcionar los servicios de Live Scan tiene que completar el número 7. Después de que le hayan escaneado sus huellas dactilares, tome una copia de este formulario de presentación para Live Scan junto con el formulario de solicitud para TrustLine (TLR 2) y la cuota apropiada, y envíelos a la oficina anotada en el número 10 de la Solicitud para TrustLine. Si no puede ir a la cita, tiene que llamar 24 horas por adelantado. Se le cobrará una cuota de \$5.00 por cada una de las citas a las que no asista.**

#### DECLARACIÓN SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD

De acuerdo con el Decreto Federal sobre la Confidencialidad (P.L. 93-579) y el Decreto de 1977 sobre la Divulgación de Información (Sección 1798, y siguientes, del Código Civil), se da aviso de que se solicita el número de Seguro Social (SSN) en este formulario. El Departamento de Justicia de California usa el SSN de una persona como un número que conduce a su identificación. El proporcionar el SSN es voluntario. El no proporcionarlo pudiera demorar la tramitación de este formulario y la revisión de los antecedentes penales.

Para tener una licencia o aprobación, o para trabajar o estar presente en un establecimiento con licencia, la ley requiere que usted complete una revisión de los antecedentes penales (Secciones 1522, 1568.09, 1569.17 y 1596.871 del Código de Salud y Seguridad; Sección 361.4 del Código de Bienestar e Instituciones). La oficina de licenciamiento o la oficina/agencia que otorgue la aprobación creará un expediente sobre la revisión de sus antecedentes penales, el cual incluirá ciertos documentos, incluyendo la información que usted proporcione. Usted tiene el derecho de acceso a cierta documentación que contiene sus datos personales y que la oficina de licenciamiento o la oficina/agencia que otorgue la aprobación mantiene (Sección 1798, y siguientes, del Código Civil). De acuerdo con el Decreto de California sobre Registros Públicos, la oficina de licenciamiento o la oficina/agencia que otorgue la aprobación posiblemente tenga que proporcionar copias de algunos de los documentos en el expediente a miembros del público que los pidan, incluyendo reporteros de periódicos y televisión.