

DECLARACIÓN SOBRE ANTECEDENTES PENALES**Programa del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo**

A las personas que presentan una solicitud para participar en el Programa del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo (Long-Term Care Ombudsman Program) se requiere que se les tomen las huellas dactilares y que revelen cualquier condena que tengan. Una condena es cualquier declaración de culpabilidad, defensa de no negar ni admitir culpabilidad (nolo contendere), o un veredicto de culpabilidad. Las huellas dactilares se usarán para obtener una copia de cualquier historial penal que usted pudiera tener.

¿Alguna vez ha sido declarado culpable de un delito en California?..... **SÍ** **NO**

Usted no tiene que revelar ninguna ofensa relacionada a la marihuana, la cual esté cubierta bajo la reforma en la legislación codificada en las Secciones 11361.5 y 11361.7 del Código de Salud y Seguridad.

¿Alguna vez ha sido declarado culpable de un delito en otro estado, la corte federal, el servicio militar, o una jurisdicción fuera de los Estados Unidos?..... **SÍ** **NO**

Las condenas criminales de otro estado o de la corte federal se consideran igual que las condenas criminales en California.

Si contesta "Sí", anote los detalles en la siguiente página. Indique la clase y las circunstancias de cada delito, así como la fecha y el lugar donde ocurrió.

Tiene que revelar cualquier condena, incluyendo condenas por haber manejado peligrosamente o bajo la influencia del alcohol, aun si:

1. eso pasó hace mucho tiempo;
2. sólo fue un delito menor (*misdemeanor*);
3. no tuvo que ir a la corte (su abogado fue por usted);
4. no tuvo que ir a la cárcel o la sentencia sólo fue una multa o un período de libertad condicional (*probation*);
5. recibió un certificado de rehabilitación;
6. la condena se descartó o se canceló más tarde, o se suspendió la sentencia.

NOTA: SI LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES PENALES REVELA ALGUNAS CONDENAS QUE USTED NO REVELÓ EN ESTE FORMULARIO, EL NO HABER REVELADO LAS CONDENAS RESULTARÁ EN LA NEGACIÓN DE UNA EXENCIÓN.

Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo con las leyes del Estado de California, que he leído y entiendo la información que contiene esta declaración jurada y que mis respuestas y cualquier documento adjunto son verdaderos y correctos.

SU NOMBRE (ESCRIBA CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE)	SU DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (VEA LA DECLARACIÓN SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD EN LA SIGUIENTE PÁGINA)	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE LICENCIA DE MANEJAR DEL DEPARTAMENTO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS (DMV)	
FIRMA		FECHA	

I. Instrucciones para las personas que completan este formulario:

Si usted ha sido declarado culpable de un delito en California, otro estado, o una corte federal, proporcione la siguiente información:

(Usted no tiene que revelar ninguna ofensa relacionada a la marihuana, la cual esté cubierta bajo la reforma en la legislación codificada en las Secciones 11361.5 y 11361.7 del Código de Salud y Seguridad.)

¿Cuál fue la ofensa? _____

¿En cuál estado y ciudad cometió usted la ofensa? _____

¿Cuándo ocurrió esto? _____

Díganos qué sucedió. (Use hojas de papel adicionales si es necesario.) _____

Certifico bajo pena de perjurio que la información que aparece anteriormente es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender.

Firma _____ **Fecha** _____

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA DEL OMBUDSMAN PARA EL CUIDADO A LARGO PLAZO.

II. Instructions to the Office of the Long-Term Care Ombudsman:

If the person discloses a criminal conviction, review the person’s statement. Maintain this form in your personnel file and send a copy to the Caregiver Background Check Bureau, 744 P Street, MS 9-15-62, Sacramento, CA 95814.

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 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 que se pide es voluntario. El no proporcionarlo pudiera demorar la tramitación de este formulario y la revisión de los antecedentes penales.

Para tener una licencia, 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). El Departamento 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 el Departamento mantiene (Sección 1798, y siguientes, del Código Civil). De acuerdo con el Decreto de California sobre Registros Públicos, el Departamento posiblemente tenga que proporcionar copias de algunos de los documentos en el expediente a miembros del público que los pidan, incluyendo a reporteros de periódicos y televisión.

NOTA: INFORMACIÓN IMPORTANTE

Se requiere que el Departamento les diga a las personas que le pregunten, incluyendo la prensa, si alguien en un establecimiento con licencia tiene una exención con respecto a los antecedentes penales. El Departamento también tiene que decirles a las personas que pregunten el nombre de cualquier establecimiento con licencia donde haya una persona con licencia, un empleado, un residente, u otra persona que tenga una exención con respecto a los antecedentes penales.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, por favor comuníquese con su oficina regional local de licenciamiento.