

PETICIÓN PARA QUE SE TOMEN LAS HUELLAS DIGITALES ELECTRÓNICAMENTE (LIVE SCAN) - DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO PARA OFRECER CUIDADO EN LA COMUNIDAD

Presentada por el solicitante

1. ORI: A0448			
2. Título/puesto en el trabajo: (Marque <input checked="" type="checkbox"/> uno)			
<input type="checkbox"/> Adulto residente que no es cliente	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Solicitante de licencia/certificación	<input type="checkbox"/> Voluntario
<input type="checkbox"/> Asistente de cuidado en el hogar			
3. Tipo de solicitante autorizado - Use la lista en la página 2, "Tipos de establecimientos/organizaciones del CCLD abreviados por el DOJ."			
4. Dirección de la oficina que contribuye a esta presentación:			
CA Dept of Social Services		03502	
Oficina autorizada para recibir el historial de antecedentes penales		Código para el correo (código de 5 números asignado por el DOJ)	
PO BOX 94244	Mail Station 9-15-62	N/A	
Número	Nombre de la calle o apartado postal	Nombre de la persona contacto (Obligatorio para todas las presentaciones para escuelas)	
Sacramento,	CA	94244-2430	() N/A
Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono de la persona contacto
5. Información del solicitante:			
Nombre del solicitante: (Por favor escriba con letra de molde.) _____			
	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE
AKA's: (Alias, otros nombres que ha usado): _____	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	CDL No. (Número de licencia de manejar de California): _____
DOB (Fecha de nacimiento): _____	SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Misc. No.: BIL -	NUMERO DE FACTURACIÓN DE LA AGENCIA (SI ES PERTINENTE)
HT (Estatura): _____	WT (Peso): _____	Misc. No.:	NUMERO DE RESIDENTE PERMANENTE (I-551) , LICENCIA DE MANEJAR O DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (I.D.) DE OTRO ESTADO
EYE Color (Color de OJOS): _____	HAIR Color (Color de PELO): _____	Dirección: (Todos los solicitantes tienen que anotar esta información.) _____	
POB (Lugar de nacimiento): _____	NÚMERO Y NOMBRE DE LA CALLE O APARTADO POSTAL _____		
SOC (Número de Seguro Social): _____ (Vea la "Declaración sobre la confidencialidad" en la Página 4)	CIUDAD, ESTADO, Y CÓDIGO POSTAL _____		
6. Número del establecimiento/organización: _____	Nivel de servicio	<input checked="" type="checkbox"/> DOJ	<input checked="" type="checkbox"/> FBI
Si se presenta otra vez debido a la calidad de las huellas digitales, (select R2)*, anote el <i>Original ATI No.</i> _____			
7. Empleador: (Respuesta adicional solamente para presentaciones del Departamento de Servicios Sociales, licenciamiento para el Departamento de Vehículos Motorizados/Patrulla de Caminos de California, y el Departamento de Corporaciones)			
Nombre del empleador _____			
Número	Nombre de la calle o apartado postal	Código para el correo (código de 5 números asignado por el DOJ)	
Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono de la oficina (Opcional)
8.			
Live Scan Transaction Completed By: _____		Date _____	
Name of Operator			
Transmitting Agency	LSID#	ATI No.	Amount Collected/Billed

NORMAS PARA LOS SOLICITANTES DE LICENCIAMIENTO PARA OFRECER CUIDADO EN LA COMUNIDAD (CCLD) QUE ACUDEN A UN LUGAR DONDE SE PUEDEN TOMAR LAS HUELLAS DIGITALES ELECTRÓNICAMENTE (LIVE SCAN) (UN LUGAR DE CCLD o DEL DOJ [DEPARTAMENTO DE JUSTICIA])
Instrucciones para completar el formulario LIC 9163

- 1. ORI es el código que identifica para qué se van a usar las huellas digitales:** Ya está impreso.
- 2. Título/puesto en el trabajo.** Marque la casilla pertinente.
- 3. Tipo de solicitante autorizado:** Indique el tipo de establecimiento donde estará trabajando.

Escoja el tipo de su establecimiento con licencia de la lista en la columna a la izquierda, y en la columna a la derecha encuentre el tipo de establecimiento abreviado del DOJ que le corresponde. **En esta línea, anote el tipo de establecimiento abreviado que le corresponde bajo la columna del DOJ.**

Nota: En la tabla que aparece a continuación, es posible que usted se pueda identificar con más de un tipo de establecimiento dentro de una categoría. Por favor seleccione solamente un tipo de establecimiento en la categoría con la cual está más asociado día a día.

Si este tipo de establecimiento es pertinente a usted

⇒ Anote este tipo de establecimiento abreviado en su solicitud.

Tipo de establecimiento de CCLD por categorías	Tipos de establecimientos del CCLD abreviados por el DOJ
Home Care Aide (<i>Asistente de cuidado en el hogar</i>)	Home Care Aide (<i>Asistente de cuidado en el hogar</i>)
Home Care Organization (<i>Organización del cuidado en el hogar</i>)	Home Care Organization (<i>Organización del cuidado en el hogar</i>)
Adult Day Care Facility (<i>Establecimiento para el cuidado de adultos durante el día</i>) Adult Day Support Center (<i>Centro de apoyo para adultos durante el día</i>) Adult Residential Facility (<i>Establecimiento residencial para adultos</i>) Social Rehabilitation Facility (<i>Establecimiento para rehabilitación social</i>)	Adult Day / Resident / Rehab (<i>Cuidado para adultos durante el día / residencial / rehabilitación</i>)
Child Care Center (<i>Guardería infantil</i>) Infant Center (<i>Guardería para bebés</i>) Mildly Ill Center (<i>Centro para personas ligeramente enfermas</i>) School Age Child Care Center (<i>Guardería para niños de edad escolar</i>)	Day Care Center more / 6 Child (<i>Guardería con más de 6 niños</i>)
Family Child Care Home (<i>Hogar que proporciona cuidado de niños</i>)	Family Day Care (<i>Cuidado de niños en un hogar con licencia</i>)
Foster Family Agency (<i>Agencia para familias de crianza temporal</i>) Foster Family / Adoptions Agency (<i>Agencia para familias de crianza temporal/adopciones</i>) Foster Family Agency Sub Office (<i>Oficina bajo una agencia para familias de crianza temporal</i>)	Foster Family / Adopt Employment (<i>Empleo relacionado a crianza temporal / adopciones</i>)
Foster Family Agency - Certified Home (<i>Agencia para familias de crianza temporal - hogares certificados</i>) Foster Family Home (<i>Hogar de crianza temporal</i>)	Foster Family Home (<i>Hogar de crianza temporal</i>)
Group Home (6 or less children) (<i>Hogar colectivo para el cuidado de niños [6 niños o menos]</i>)	Group Home 6 / child less (<i>Hogar colectivo con 6 niños o menos</i>)
Group Home (7 or more) (<i>Hogar colectivo para el cuidado de niños [7 niños o más]</i>) Community Treatment Facility (<i>Establecimiento para tratamiento en la comunidad</i>)	Group Home more / 6 child (<i>Hogar colectivo con más de 6 niños</i>)
Residential Care Facility for the Chronically Ill (<i>Establecimiento residencial para el cuidado de personas con enfermedades crónicas</i>) Residential Care Facilities for the Elderly (<i>Establecimiento residencial para el cuidado de personas de edad avanzada</i>)	Residential Care Facility Elderly (<i>Establecimiento residencial para el cuidado de personas de edad avanzada</i>)
Small Family Home (<i>Hogar familiar pequeño</i>) Transitional Housing Placement Program (<i>Programa de Colocación Transicional en una Vivienda</i>)	Residential Child Care 6/less (<i>Cuidado de niños en una residencia - 6 ó menos</i>)

4. **Dirección de la oficina que contribuye a esta presentación:**

Oficina autorizada para recibir el historial de antecedentes penales:

La siguiente información ya aparece impresa en el formulario:

Oficina: CA Dept of Social Services

Código para el correo: 03502

Número y nombre de la calle: PO BOX 944243, M.S. 9-15-62 **Nombre de la persona contacto:** N/A

Ciudad, Estado, Código postal: Sacramento, CA 94244-2430 **Número de teléfono de la persona contacto:** N/A

5. **Información del solicitante:** Anote con letra de molde su nombre completo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre).

AKA's: Otros nombres que el solicitante ha usado

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

DOB: Fecha de nacimiento **SEXO:** Masculino o Femenino

MISC No: BIL - Anote el número de facturación de la agencia, si es pertinente.

HT: Estatura **WT:** Peso

MISC No: Anote cualquier otro número(s) de identificación (NÚMERO DE RESIDENTE LEGAL, LICENCIA DE MANEJAR O IDENTIFICACIÓN [I.D.] DE OTRO ESTADO.)

EYE Color: Color de ojos

HAIR Color: Color de pelo

Dirección: Dirección del solicitante.

POB: Estado o país de nacimiento

SOC: Número de Seguro Social (opcional) (Vea la "Declaración sobre la confidencialidad" en la Página 4.)

6. **Número del establecimiento:** Anote el número del establecimiento o el número *OCA* asignado (número de identificación de la oficina).

Nivel de servicio: **Ya está impreso.**

Nota: Si se requiere una revisión de la Lista Central de Personas con Antecedentes de Abuso de Niños (CACI), el DOJ automáticamente la llevará a cabo y se cobrarán todas las cuotas pertinentes. No es necesario que el solicitante marque nada.

Si se presenta otra vez debido a la calidad de las huellas digitales, anote el *Original ATI No.* (número asignado al solicitante la primera vez que presenta una petición para que se tomen las huellas digitales electrónicamente). Si sus huellas digitales no fueron aceptadas y las está presentando otra vez, anote el *Original ATI No.* que aparece en la notificación de rechazo, para evitar que se le cobre una cuota adicional para el trámite.

7. **Empleador:** Anote el nombre y dirección del establecimiento para el cual se están tomando las huellas digitales.

Nombre del empleador: Anote el nombre del establecimiento/organización.

Número y nombre de la calle: Anote la dirección del establecimiento/organización.

Código para el correo: Anote el código para el correo del establecimiento/organización (si es pertinente).

Ciudad, Estado, Código postal: Anote la ciudad, estado, y código postal del establecimiento/organización.

Número de teléfono de la oficina: Anote el número de teléfono del establecimiento/organización.

8. **Live Scan Transaction Completed By:** Esta sección aparece en inglés debido a que es para que la complete la persona encargada de proporcionar los servicios de *Live Scan*.

Lleve este formulario el día que le van a tomar las huellas digitales. La persona encargada de proporcionar los servicios de *Live Scan* completará la Sección 8. Si IBT - L1 son los que le proporcionarán los servicios de *Live Scan*, ellos le entregarán el formulario completado. Guarde este formulario en sus expedientes.

Si usa los servicios de *Live Scan* de otro que no sea IBT - L1, necesitará llevar dos (2) formularios. Un formulario se quedará con quien le proporcione los servicios y el otro usted lo puede guardar para sus expedientes.

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 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 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 le 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.